6

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907 N° 102

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES KYSTES ACQUIS DE LA CONJONCTIVE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 12 Juin 1907

PAR

Marie-Auguste-Jacques DUFOURCQ

INTERNE A L'HÔPITAL SAINT-JEAN

Né à Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées), le 19 août 1881.

Examinateurs de la Thèse

MM.	BADAL,	professeur.....	*Président.*
	DENUCÉ,	professeur.....	*Juges.*
	LAGRANGE,	agrégé.....	*Juges.*
	CABANNES,	agrégé.....	*Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1907

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907 N° 102

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES KYSTES ACQUIS DE LA CONJONCTIVE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 12 Juin 1907

PAR

Marie-Auguste-Jacques DUFOURCQ

Interne a l'hôpital Saint-Jean

Né à Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées), le 19 août 1881.

Examinateurs de la Thèse	MM. BADAL,	professeur.....	*Président.*
	DENUCÉ,	professeur.....	*Juges.*
	LAGRANGE,	agrégé.....	*Juges.*
	CABANNES,	agrégé.....	*Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES ..... Doyen. | M. DE NABIAS. Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DUPUY..... } Professeurs honoraires.
MASSE..... }

	MM.		MM.
Clinique interne.....	PICOT. PITRES.	Physique biologique et électricité médicale...	BERGONIÉ.
Clinique externe.....	DEMONS. LANELONGUE.	Chimie.....	BLAREZ.
Pathologie et thérapeutique générales....	VERGELY (en congé) MONGOUR (chargé)	Histoire naturelle.....	GUILLAUD.
Thérapeutique	ARNOZAN.	Pharmacie.....	DUPOUY.
Medecine opératoire..	VILLAR.	Matière médicale.....	DE NABIAS.
Clinique d'accouchements....	LEFOUR.	Médecine expérimentale.	FERRÉ.
Anatomie pathologique.....	COYNE.	Clinique ophtalmologique	BADAL.
Anatomie.....	N.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	DENUCÉ.
Anatomie générale et histologie	VIAULT.	Clinique gynécologique.	BOURSIER.
Physiologie.....	JOLYET.	Clinique médicale des maladies des enfants.	MOUSSOUS.
Hygiène	LAYET.	Chimie biologique.....	DENIGES.
Médecine légale.....	LANDE.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
		Pathologie exotique....	LE DANTEC.

PROFESSEURS-ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..... MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires ..... POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez..... MOURE.
Clinique des maladies mentales ..... RÉGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE *(Pathologie interne et Médecine légale).*

MM. HOBBS. MONGOUR. CABANNES. | MM. VERGER. ABADIE.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe { MM. CHAVANNAZ. BEGOUIN. VENOT. | Accouchements { MM. FIEUX. ANDERODIAS.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie..... { MM. GENTES. CAVALIÉ. | Physiologie..... MM. GAUTRELET. Histoire naturelle . BEILLE.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie ..... M. BENECH. | Pharmacie..... M. BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne ..... MM. RONDOT.
Accouchements..... ANDERODIAS.
Physiologie ..... GAUTRELET.
Ophtalmologie..... LAGRANGE.
Hydrologie et minéralogie..... BEILLE.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde affection
et de ma reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE DOCTEUR BADAL

Professeur de Clinique ophtalmologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux
Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur
Officier de l'Instruction publique,

AVANT-PROPOS

Je suis heureux, au moment de terminer mes études médicales, de remercier ceux qui me montrèrent quelque sympathie et s'intéressèrent à moi.

Que M. le professeur Demons, qui m'a reçu comme externe dans son service, me fasse l'honneur de croire à toute ma reconnaissance pour la constante bienveillance dont il a fait preuve à mon égard.

Que M. Martin du Magny, médecin des Hôpitaux, chez qui j'ai trouvé l'accueil le plus cordial, reçoive mes remerciements les plus sincères.

M. le professeur Badal a droit à ma gratitude, pour l'honneur qu'il me fait en acceptant la présidence de ma thèse ; son élève pendant un an, je garde le souvenir du maître dont les leçons cliniques m'ont fait aimer l'ophtalmologie.

Interne de M. le Dr Lauga, à l'hôpital Saint-Jean, j'ai trouvé auprès de lui un accueil plein de cordialité et de courtoisie ; je l'en remercie vivement.

M. le professeur-agrégé Chavannaz, dont je fus occasionnellement l'élève, m'a manifesté sa sympathie dans diverses circonstances ; qu'il me permette de lui présenter avec mes remerciements l'expression de ma reconnaissance.

M. le professeur Coyne, m'accueillit jeune étudiant avec une bienveillance dont il ne se départit jamais : je suis heureux de lui dire combien ses conseils me furent précieux et facilitèrent mon travail.

Je remercie M. le professeur Guillaud qui m'a ouvert toutes grandes les portes de son laboratoire.

M. le professeur-agrégé Cabannes m'a fourni le sujet de ma thèse : ses conseils et son expérience m'ont été précieux pour mener à bien ce petit travail : je l'en remercie vivement et le prie de croire à mon inaltérable amitié.

Merci enfin à mon camarade le Dr Ch. Lafon, chef de clinique ophtalmologique, qui, avec sa bienveillance coutumière, m'a procuré quelques-uns des matériaux de ma thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES ACQUIS DE LA CONJONCTIVE

Nous avons réuni dans une même thèse trois variétés des kystes acquis de la conjonctive, qui semblent au premier abord n'avoir entre elles aucun rapport bien net. Les kystes lymphatiques sont à coup sûr très distincts des kystes par inclusion, épidermique et des kystes glandulaires de la conjonctive. Leur origine, leur évolution, leur aspect, leur structure anatomique en font, à n'en pas douter, un groupe bien à part. Ils ne méritent d'être classés à côté des kystes glandulaires par inclusion que parce que, cliniquement, il est ordinairement impossible, pour peu qu'ils soient volumineux, de les différencier d'avec les formations kystiques énoncées. Ce sont donc leur analogie clinique apparente et la difficulté d'un diagnostic clinique qui nous ont amené à parler d'eux.

Il faut ajouter que bien souvent encore, autour des kystes glandulaires en particulier, on voit des ectasies lymphatiques multiples, quelquefois kystiques, et la coexistence des deux

variétés de kystes est en quelque sorte réalisée sur le même malade.

Les kystes par inclusion de la conjonctive formeraient aussi une classe bien à part, mais il y a ici aussi des termes de passage entre les kystes par inclusion et les kystes glandulaires, les traumatismes, par exemple, pouvant insérer dans l'épaisseur de la conjonctive soit des fragments d'épithélium de revêtement, soit encore des débris glandulaires qui s'enkystent par la suite. De la sorte, la même notion étiologique commande l'apparition de deux types kystiques, cliniquement semblables, et cytologiquement distincts.

En somme, on peut dire que dans la généralité des cas il est impossible ou presque impossible de différencier, cliniquement, la variété d'un kyste acquis de la conjonctive. Il faut, en outre, une notion étiologique non douteuse et un examen anatomique précis. Les différentes notions que nous venons d'exposer nous paraissent justifier par conséquent la thèse que nous cherchons à défendre, et les trois variétés de kystes que nous étudions peuvent, d'après nous, être réunies dans une étude de synthèse.

Nous étudierons tout d'abord les kystes lymphatiques, puis les glandulaires et enfin les kystes par inclusion. Dans chacun des chapitres nous passerons en revue : 1° une étude anatomique rapide; 2° une description générale du sujet; 3° les observations.

KYSTES LYMPHATIQUES DE LA CONJONCTIVE

I. Anatomie.

Lymphatiques. — « Les lymphatiques de la conjonctive injec-
» tés par Teichmann et Sappey forment dans toute l'étendue de la
» muqueuse un double réseau ; un réseau superficiel, qui est
» placé immédiatement au-dessous des capillaires sanguins ; un
» réseau profond, qui occupe le tissu conjonctif sous-muqueux
» et se trouve relié au précédent par de nombreuses anastomo-
» ses à direction verticale ou oblique. Ces vaisseaux lymphati-
» ques se dirigent les uns vers l'angle interne, les autres vers
» l'angle externe de l'œil. Là ils se mêlent aux lymphatiques
» des paupières, et aboutissent finalement, ceux de l'angle externe
» aux ganglions parotidiens, ceux de l'angle interne aux gan-
» glions sous-maxillaires.

» Le réseau lymphatique du limbe conjonctival est formé par des
» capillaires à la fois plus ténus et plus serrés que ceux que l'on
» observe sur les autres régions de la conjonctive. Ils sont en
» outre en relation directe avec les lacunes et les canaux intersti-
» tiels de la cornée. On les voit, en effet, se remplir avec la plus
» grande facilité à la suite d'injections poussées dans le tissu
» propre de cette dernière membrane. A la périphérie du terri-
» toire ciliaire, les lymphatiques de cette région se confondent
» avec les lymphatiques de la conjonctive bulbaire et présen-
» tent le même mode de terminaison que ces derniers » (Testut, *Anatomie descriptive*).

II. Description et Pathogénie.

Le nombre des kystes lymphatiques de la conjonctive étudiés microscopiquement, que nous avons pu découvrir dans la science, est au nombre de douze. Il existe encore une observation de Uhthoff (1879) relative à un kyste conjonctival probablement lymphatique. Le travail le plus important qui ait été fait à ce sujet en France est la thèse de Delecœillerie (1893). Cet auteur signale huit observations de kystes lymphatiques, dont sept lui sont personnelles, la huitième appartenant à M. Rochon Duvigneaud. Il existe en outre quatre observations (Makroki, Jocks, Cabannes, Sgrosso).

Cette affection se rencontre de préférence chez l'homme (8 cas). L'âge ne joue aucun rôle sur l'apparition de cette lésion. Dans la majorité des cas, c'est le côté interne de la conjonctive bulbaire entre la caroncule et le bord interne de la cornée, ou encore profondément dans la portion interne des culs-de-sac supérieur et inférieur que se montrent ces kystes; l'œil droit et l'œil gauche sont pris aussi souvent; c'est très exceptionnellement qu'on voit la conjonctive bulbaire envahie sur une grande étendue, subissant ainsi une sorte de dégénérescence lymphatique. Exceptionnellement aussi la conjonctive bulbaire peut être atteinte par une ou plusieurs formations kystiques à la fois dans la partie interne et la partie externe.

Il n'est pas possible de signaler, d'après l'étude des diverses observations, une cause précise à l'apparition des kystes lymphatiques de la conjonctive. Cependant, les irritations choniques ou intenses de cette membrane, conjonctivite chronique, conjonctivite granuleuse (Delecœillerie), conjonctivite purulente (Cabannes), semblent jouer un rôle notable dans l'étiologie de cette affection. L'influence des traumatismes est tout à fait secondaire. En réalité, il est assez commun de rencontrer chez les malades atteints de conjonctivite chronique, de blépharo-conjonctivite, de conjonctivite lacrymale, en particulier chez les vieillards, des dilatations lymphatiques, sortes de varicosités souvent d'ap-

parence moliniforme, très mobiles avec la conjonctive, dilatations ou ectasies qui sont absolument indolores et qui ne présentent avec le véritable kyste lymphatique que la relation qui existe entre les varices des vaisseaux sanguins et les anévrysmes. La délimitation véritable entre la varice lymphatique et le kyste lymphatique est très difficile à établir, car il est des varices grosses et des kystes petits, et si nous nous en tenions strictement à la description de kystes formant tumeur, le nombre des cas publiés ne serait guère supérieur à trois ou quatre.

Ordinairement allongés, de forme ovoïde, ces kystes ont un volume qui varie entre quatre, cinq et six millimètres de long, sur deux à quatre de large, mais on en voit de plus gros qui atteignent alors les dimensions d'un grain de blé, d'un haricot, d'une noisette. Les uns forment ainsi une tumeur oblongue, isolée, d'autres ont tout autour comme des digitations et leur forme n'est plus alors sphérique, ni ovoïde, mais irrégulière, étalée et leurs contours imprécis prennent en quelque sorte racine dans la conjonctive avoisinante.

Habituellement ils soulèvent la conjonctive, soit au niveau du bulbe, soit à la partie interne du cul-de-sac supérieur ou inférieur. Ils sont d'une transparence remarquable et la conjonctive dans laquelle ou au-dessous de laquelle ils sont placés, se mobilise nettement avec eux ou au-dessus d'eux. La conjonctive qui les recouvre n'est ordinairement ni hyperhémiée, ni enflammée. Leur mobilité sur la sclérotique est constante.

Ils sont irréductibles.

Les ganglions tributaires ne sont généralement pas engorgés. Dans une seule observation (Jocks), les ganglions sous-maxillaires et parotidiens sont augmentés de volume au point d'atteindre du côté gauche le volume d'une orange.

Les signes fonctionnels présentés par ces kystes sont nuls. Lorsqu'ils sont petits et réduits à des traînées de grosses varices, ils n'incommodent nullement le malade. Les patients ne s'en plaignent que lorsqu'ils deviennent volumineux, par conséquent gênants. De plus, comme habituellement ils ne provoquent pas d'inflammation conjonctivale, ils passent entièrement inaperçus

et c'est à l'occasion d'une maladie oculaire accidentelle qu'ils sont remarqués par le médecin.

L'incision en est des plus simples.

Les auteurs sont en général assez peu explicites sur l'examen anatomique de ces kystes et quelques-uns d'entre eux ont fait le diagnostic de kyste lymphatique sans l'étayer sur des preuves anatomo-pathologiques absolument démonstratives ; nous tiendrons cependant pour vrai le diagnostic porté par Mackroki, et par Delecœillerie dans quelques-uns de ses cas. D'habitude, l'endothélium qui tapisse ces cavités est un endothélium plat, à une seule assise non continue. Les détails sur l'aspect de cet endothélium n'abondent pas en général. Cette couche endothéliale repose sur un tissu sous-conjonctival épaissi, formant une sorte de limitante externe. Mais le fait qui, à notre avis, mérite la plus grande attention, c'est l'existence, assez souvent notée, de plusieurs cavités kystiques voisines du kyste lui-même, plus petites que lui, représentant en quelque sorte le kyste à l'état embryonnaire. Comme ces cavités secondaires sont elles-mêmes tapissées du même endothélium plat et discontinu, on a le droit, par analogie, de les considérer comme des varices lymphatiques, aboutissant ultérieurement et accidentellement à la formation d'une grande cavité kystique. On a même signalé des kystes multiloculaires (Jocks), par fusion de kystes voisins et très rapprochés. L'existence de ces cavités multiples et de vaisseaux lymphatiques dilatés, tout autour de la tumeur, a été signalée par Sgrosso, Delecœillerie, Cabannes.

Ces kystes lymphatiques étant en général petits, on n'a pas pu faire avec soin l'examen cytologique du liquide clair, transparent comme de l'eau de roche, ou citrin, contenu dans leur cavité. Les auteurs signalent seulement que le contenu en est granuleux, mais ce sont là des coagulations albuminoïdes dues au liquide fixateur. Jocks, le premier, en 1898, a signalé la présence de quelques globules blancs. La variété leucocytaire a été précisée d'une façon plus nette dans l'observation de Cabannes. Les leucocytes étudiés dans ce dernier cas sont presque uniquement constitués par des lymphocytes. Le pourcentage de

ces globules n'a pas pu cependant être fait avec détails dans ce dernier cas.

En somme, les vrais kystes lymphatiques de la conjonctive sont rares; les varices lymphatiques sont, au contraire, fréquentes. Et comme ces varices sont ordinairement en forme de chapelet, un des grains kystiques de cette chaîne moliniforme peut s'hypertrophier à l'excès et s'isoler, au point de constituer un véritable kyste né aux dépens d'un lymphangiome conjonctival (Cabannes).

III. Observations.

Observation I

Uhthoff, 1879.

Le 9 août 1878 se présenta à la polyclinique F. Th..., 45 ans. Il se plaignait de ressentir depuis quatre jours une compression dans l'angle interne de l'œil droit, après qu'un insecte lui eût volé dans l'œil. A la suite de cet accident, il regarda son œil et découvrit « dans le blanc » une petite vésicule. C'est à ce sujet qu'il vient me consulter.

La conjonctive bulbaire de l'œil droit présente dans l'angle interne une faible injection superficielle avec apparence d'inflammation. A environ 8 millimètres du bord interne du limbe cornéen, on voit une petite vésicule de la grosseur d'un pois, à contenu clair, séreux, de forme un peu allongée, cylindrique. A un examen plus rigoureux, on peut reconnaître que le kyste se réduit brusquement à ses deux extrémités et se termine de chaque côté d'une façon filiforme. Le kyste siège dans les couches superficielles de la conjonctive bulbaire et est mobilisable dans une grande étendue au-dessus de la sclérotique. Le kyste fut excisé. On trouve un épithélium pavimenteux à une couche, délicat comme l'intérieur de la gaîne; la gaîne elle-même est très mince, d'une structure conjonctive, sans qu'il soit possible néanmoins de démontrer la structure des parois d'un vaisseau. On doit admettre qu'on a affaire à un vaisseau lymphatique dilaté dont la structure est modifiée par l'extension de la paroi.

Observation II

Makroki, 1883.

La tumeur, translucide, se trouvait dans la région interne de la paupière supérieure. Grande comme une noisette, son existence semblait devoir être rapportée à un traumatisme ancien. Excision de la paroi antérieure du kyste. L'auteur le considère, après examen histologique, comme un vaisseau lymphatique ectasié.

Observation III

Dr Rochon-Duvigneaud, 1892.

Ce kyste a été excisé chez un homme âgé de 45 ans, ciseleur, domicilié à Paris et qui s'était rendu le 16 août à l'Hôtel-Dieu pour une conjonctivite accompagnée de chalazion.

Cet individu portait sur la conjonctivite bulbaire de l'œil droit deux kystes, dont un était situé sur la conjonctive, correspondant au côté interne de la cornée et l'autre au côté externe.

Ces petits kystes, transparents, ont été excisés : placés dans l'alcool au tiers pendant vingt-quatre heures, puis durcis dans l'alcool à 90°, ils ont été ensuite inclus dans la celloïdine, afin d'en faire des coupes microscopiques.

Kyste interne. — Il a une forme à peu près sphérique, son diamètre est de 2 millimètres après l'action des réactifs, et n'était guère supérieur sur le vivant.

Examiné sur des coupes, ce kyste est entouré par les éléments de la conjonctive bulbaire dont l'épithélium, qui paraît tout à fait sain, est ainsi constitué : une assise profonde, formée de cellules de formes un peu variables, mais avec ce caractère commun que le noyau, plutôt cylindrique, remplit presque toute la cellule. Dans les couches superposées à celles-ci, les cellules, d'abord polyédriques, vont en s'aplatissant de plus en plus, parallèlement à la surface conjonctivale; les plus superficielles, très aplaties, perdent leur noyau. On ne rencontre pas de cellules caliciformes.

Au-dessous de l'épithélium, on ne rencontre aucune trace de formation glandulaire, ni de papilles. Le derme, sur lequel repose l'épithélium, est constitué par de fines fibrilles conjonctives, formant un tissu lâche, parsemé d'éléments cellulaires fusiformes et renfermant un certain nombre de petits vaisseaux, presque tous des capillaires.

A la base du kyste, c'est-à-dire au niveau de la surface d'excision, on rencontre des artérioles, des veinules et même de petits vaisseaux nerveux. En somme, la conjonctive nous paraît parfaitement saine.

Sur quelques préparations, la cavité du kyste est unique, sphérique, bien que présentant une crête intérieure, saillante, formée par un repli de la paroi. Ce repli n'est que l'origine d'une cloison complète qui, sur d'autres coupes, divise en deux loges la cavité du kyste, la cloison de séparation étant formée par deux parois accolées.

Paroi du kyste. — Cette paroi est constituée par une membrane conjonctive très mince et résistante à la surface interne de laquelle sont appliqués de petits noyaux aplatis autour desquels on ne voit, sur ces préparations colorées au carmin, aucune espèce de protoplasma et qui appartiennent à des plaques endothéliales et non à un épithélium vrai. Ces noyaux sont toujours assez distants les uns des autres.

Tel que nous le voyons après l'action de l'alcool, le contenu du kyste forme un fin précipité granuleux, homogène, remplissant exactement la cavité kystique et renfermant quelques globules blancs surtout rapprochés de la paroi. Le coagulum, finement granuleux, par place vaguement fibrillaire, ne figure cependant jamais un vrai réseau fibrineux.

Kyste externe. — Ce kyste, de forme irrégulière, présentait un aspect circonvolutionné. Rien de particulier à signaler dans l'épithélium. Les coupes de ce kyste sont criblées de cavités kystiques, dont la forme et la disposition varient pour chaque préparation. Au lieu d'un kyste unique, il s'agit donc ici des cavités kystiques juxtaposées et sans doute anastomosées. Ces cavités sont généralement subdivisées d'une façon incomplète par des replis de leur paroi, qui, sur les coupes, proéminent dans l'intérieur des kystes sous forme de caps. Quelquefois ces caps rejoignent la paroi opposée, divisant

ainsi une cavité unique en deux cavités secondaires. Les parois de ces divers kystes ont exactement la structure décrite pour le précédent; leur contenu est également le même pour les grands kystes. Quant aux kystes de moindre volume, ils renferment généralement inclus dans le coagulum précité un certain nombre de leucocytes éparpillés dans sa masse.

Observation IV

Delecœillerie (1893).

Le nommé S... Joseph, âgé de vingt-six ans, horloger, né à Château-Giron, se présente le 9 septembre 1892 à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, pour une ecchymose conjonctivale de l'œil droit.

Antécédents. — Ce jeune homme présente les attributs d'une bonne santé; il n'a jamais eu d'affection oculaire et en remontant à ses antécédents, on ne trouve aucun signe qui puisse nous faire soupçonner une affection constitutionnelle antérieure. Interrogé sur sa famille, elle ne paraît pas non plus présenter aucune prédisposition, ni aucune maladie qui pourrait avoir été transmise par l'hérédité.

Etat actuel. — Son état général d'ordinaire est bon, mais depuis quelques jours il est atteint d'un embarras gastrique qui lui occasionne assez souvent des nausées et des vomissements; ces nausées, d'après le dire du malade, sont assez violentes et ont probablement été la cause de cette ecchymose.

Examen de l'œil. — 1° Œil droit : On trouve à la région inféro-externe du bulbe oculaire droit une ecchymose ayant la forme d'une bandelette, s'étendant depuis le bord correspondant de la cornée jusqu'à la partie externe du bulbe; cette bandelette a une coloration qui n'est pas homogène et une largeur d'environ 1 centimètre. Au milieu de la région ecchymosée se trouve une petite tumeur cylindrique, à grand axe vertical, longue d'à peu près cinq millimètres et d'environ 1 millimètre de largeur. Ce cylindre se trouve renflé aux deux extrémités en une petite dilatation arrondie simulant une tête d'épingle. Cette tumeur est transparente, de coloration citrine; les

vaisseaux conjonctivaux superficiels passent au-dessus d'elle; son volume restreint empêche de constater sa rénitence, mais la pression en un point refoule le contenu à l'extrémité opposée qu'il dilate; la pression sur toute la surface ne fait pas disparaître le liquide; elle est mobile sur le tissu épiscléral.

2° L'œil gauche est parfaitement sain.

Examen microscopique. — La petite tumeur a été excisée avec la conjonctive qui la recouvre; placée d'abord dans l'alcool au tiers, puis dans l'alcool à 90°. Après durcissement, elle a été incluse dans la celloïdine et des coupes ont été faites colorées les unes par le carmin, les autres par l'hématoxyline.

1° *Préparations colorées par le carmin.* — Examinées par transparence, les coupes laissent voir un espace vide correspondant à la cavité du kyste, présentant un diamètre longitudinal de un millimètre et demi et un diamètre transversal de un millimètre. La cavité a une forme ovalaire à parois un peu plissées. En allant de l'extérieur vers l'intérieur, nous rencontrons dans cette préparation différentes couches :

1° Un épithélium pavimenteux stratifié, ayant des contours cellulaires assez nets et en tout semblable à celui de la première observation. Il entoure la tumeur, sauf à l'endroit qui correspond au pédicule de la partie excisée.

2° La seconde couche est représentée par le tissu sous-conjonctival au sein duquel la tumeur est implantée; ce tissu entoure complètement la tumeur, mais il est peu abondant du côté de la surface externe, et augmente en quantité en se rapprochant du pédicule. Cette couche est formée de tissu conjonctif louche, contenant un certain nombre d'éléments conjonctifs, fusiformes et étoilés.

3° En se rapprochant du pourtour du kyste, ce tissu semble se condenser et former une couche très mince, plus ou moins nette, d'après les préparations, et qui est la membrane limite externe du kyste.

4° Cette membrane est tapissée à l'intérieur d'un endothélium qui n'est pas très caractéristique sur ces préparations et dont on ne peut par places distinguer les noyaux.

5° La cavité renfermant un grand nombre de granulations forte-

ment colorées par le carmin et répandues dans tout son contenu ; de plus, elle contient sur un des points de la préparation assez rapproché du bord, une partie plus colorée, de forme arrondie et dont le diamètre est environ de un quart du diamètre transversal de la cavité kystique. Cette partie est formée de tissu conjonctif contenant également des éléments cellulaires ; elle est tapissée sur tout son pourtour par des cellules endothéliales qui ne sont pas très nettes.

Au pourtour du kyste, on trouve dans le tissu sous-conjonctival des vaisseaux sanguins en plus ou moins grande quantité. On y trouve, d'autre part, des cavités lymphatiques de structure semblable à la grande, mais beaucoup plus petites et qui sont probablement des vaisseaux lymphatiques dilatés, coupés en travers ; dans quelques-unes d'entre elles on rencontre un certain nombre de globules blancs répandus dans le contenu. Ces petites cavités ont des formes variées, quelquefois allongées, quelquefois tout à fait irrégulières et sont surtout visibles vers le pédicule de la tumeur.

Sur d'autres préparations, la grande cavité kystique est beaucoup plus allongée, se terminant en pointe à une de ses extrémités ; dans les préparations on voit deux bourgeons s'avançant l'un vers l'autre, qui semblent se réunir à un certain niveau, et diviser la grande cavité en deux parties dont l'une est formée par le corps du kyste et l'autre par la pointe : nous avons pu voir cette disposition sur certaines coupes.

Le petit bourgeon conjonctif que nous avons signalé dans la cavité est formé par la coupe transversale d'une partie de tissu conjonctif ressemblant beaucoup au derme conjonctival et à la paroi conjonctive du kyste.

Ce qui me fait penser qu'elle a des rapports avec la paroi, c'est que sur certaines coupes elle s'en rapproche de plus en plus et finit par faire corps avec elle.

2° *Préparations colorées par l'hématoxyline.* — Sur ces préparations on voit les mêmes détails que sur les précédentes, seulement le tissu conjonctif y est moins coloré et on y distingue plus difficilement la couche fibreuse du kyste. Par contre, les noyaux cellulaires sont plus colorés, ce qui nous permet de mieux distinguer les cellules conjonctives et les cellules endothéliales qui tapissent la couche fibreuse.

Observation V

Delecœillerie.

Le nommé G..., âgé de 22 ans, graveur, domicilié à Paris, se présente le 9 septembre, à la consultation de l'Hôtel-Dieu, pour des chalazions qu'il porte aux paupières inférieures.

Antécédents. — Interrogé sur ses antécédents, ce jeune homme, qui n'est pas d'une constitution bien robuste, déclare avoir eu, étant enfant, des bronchites répétées ; son père serait lui-même mort d'une affection chronique de poitrine. Depuis six ans, ses yeux auraient fréquemment rougi et il aurait été traité pour cette affection par M. le Dr Hubert.

Etat actuel. — On trouve à chaque paupière inférieure des chalazions qui auraient débuté, d'après le dire du malade, il y a trois mois; celui de la paupière droite est en voie de suppuration ; ces chalazions sont également accompagnés de signes de blépharite ciliaire chronique. Il y a de plus à chaque œil de petites dilatations lymphatiques que nous allons décrire.

Œil gauche : La partie de la conjonctive située entre le bord externe de la cornée et l'angle externe de l'œil porte une petite dilatation lymphatique, transparente, se présentant sous forme de vaisseau de la grosseur d'une aiguille, dilatée en grains de chapelet; ce vaisseau se contourne de façon à délimiter une partie de conjonctive saine, ayant une forme ovale.

On ne trouve pas, ailleurs, d'autres dilatations lymphatiques.

L'examen microscopique n'a pu être fait, le kyste s'étant crevé en voulant l'exciser et ayant été perdu dans la masse conjonctivale.

Œil droit : La partie interne de la conjonctive bulbaire présente des dilatations lymphatiques, transparentes, en forme de réseau dont les branches entrecroisées présentent au niveau de leurs anastomoses des dilatations plus grandes, de la grosseur d'une tête d'épingle. Ce réseau est mobile avec la conjonctive dont les vaisseaux sanguins superficiels passent au-dessus. La compression d'une partie du réseau refoule le liquide dans les autres parties. Ces dilatations ne s'étendent pas sur la caroncule.

L'examen anatomo-pathologique de la tumeur n'a pu être fait ; d'un autre côté, n'ayant plus revu le malade, nous ne connaissons pas les transformations qu'on subies ces dilatations.

Observation VI

Delecœillerie

La nommée F..., Marie, âgée de 45 ans, domiciliée à Paris, se présente, le 19 septembre, à la consultation de l'Hôtel-Dieu, pour une conjonctivite granuleuse.

Antécédents. — Cette personne présente les signes de lymphatisme. Elle aurait eu la rougeole il y a cinq ans, et, à la suite de cette maladie, se serait développée une affection chronique des yeux.

Etat actuel. — Les conjonctives sont infiltrées de granulations, pour lesquelles elle aurait déjà été en traitement il y a quatre ans.

Œil gauche : A part un commencement de ptérygion, au côté interne de la cornée, le globe de l'œil est parfaitement intact.

Œil droit : La partie de la conjonctive située à égale distance du bord interne de la cornée et de l'angle interne de l'œil droit porte une petite dilatation lymphatique, ayant un diamètre vertical de 3 à 4 millimètres. Cette dilatation subit un étranglement vers le milieu, qui lui donne la forme de deux têtes d'épingles accolées ; nulle part ailleurs nous ne rencontrons de dilatation. La conjonctive portant la tumeur a été excisée et durcie pour en faire l'examen microscopique.

Examen microscopique. — Les cavités kystiques de cette préparation étant de petites dimensions, il nous a été impossible de mesurer par transparence leur étendue au microscope, on y voit toutefois une cavité plus grande que les autres ; cette cavité, dont les parois ne sont pas plissées, présente ceci de particulier : la couche fibreuse limitant extérieurement le kyste avec l'endothélium qui le tapisse intérieurement s'est séparée sur une certaine étendue du tissu cellulaire sous-conjonctival. Cette séparation est surtout visible sur les préparations colorées par le carmin. A côté de ces cavités, on en trouve d'autres plus petites, n'ayant rien de spécial. Sur les prépa-

rations colorées à l'hématoxyline, les noyaux cellulaires de la partie de la paroi qui s'est détachée sont vus d'une façon très nette.

Le contenu des cavités ne renferme aucun élément figuré, sauf sur certaines préparations où l'on trouve quelques granulations accolées à la paroi.

Observation VII

Delecœillerie.

Le nommé B..., Alexandre, âgé de 48 ans, domicilié à Paris, se présente le 13 septembre à la consultation de l'Hôtel-Dieu, pour une amblyopie alcoolique pour laquelle il est en traitement depuis cinq semaines.

Antécédents. — Cette personne paraît avoir un tempérament solide, elle accuse des antécédents alcooliques.

Etat actuel. — Les paupières inférieures sont un peu ectropionnées. Cet ectropion a produit de la conjonctivite chronique, et a occasionné l'éversion du point lacrymal inférieur, qui a dû être incisé pour combattre le larmoiement.

J'ajouterai que cette personne, pour son amblyopie, prend de l'iodure de potassium depuis cinq semaines.

Œil gauche : On trouve au milieu de l'espace séparant la partie interne de la cornée d'avec la caroncule lacrymale, un petit kyste, de la grosseur d'une tête d'épingle et complètement pédiculé. Un demi-centimètre plus bas et un peu en dedans s'en trouve un autre plus petit de moitié, et également pédiculé; ces deux kystes sont réunis par une traînée rectiligne, vermiforme, jaune et transparente, qui est formée par une dilatation lymphatique.

Le gros kyste incisé a été traité comme le précédent pour être examiné au microscope.

Œil droit : Ne présente rien de particulier.

Microscopie. — Les coupes de la tumeur, examinées d'abord par transparence, laissent voir à leur milieu une cavité, ayant chez les unes une forme ovalaire et chez les autres une forme arrondie, d'après la hauteur à laquelle ces coupes ont été faites. Au niveau de ses plus grandes dimensions, cette cavité mesure un millimètre dans

le diamètre transversal et un millimètre et demi dans le diamètre longitudinal.

A l'examen microscopique, l'ensemble de la préparation a la forme d'un bourgeon tapissé à l'extérieur par l'épithélium pavimenteux stratifié de la conjonctive, qui ne laisse libre que la partie correspondante au pédicule. Cet épithélium présente un épaississement considérable.

Sous cet épithélium, on trouve comme dans les autres observations le tissu sous-conjonctival, avec ses éléments normaux, qui entourent également la tumeur ; en dessous est la paroi proprement dite du kyste, formée également par une couche fibreuse, et tapissée intérieurement par un endothélium. Le contenu du kyste renferme un amas de grosses granulations semblables à celles qu'on rencontre dans la seconde observation, et disséminées dans toute son étendue.

D'autres préparations microscopiques renferment la même cavité, plus arrondie et qui correspond probablement à des coupes ne passant plus par le grand axe de la tumeur. D'autres n'ont plus de cavité et sont probablement formées par des coupes tangentes à la surface, n'entrant pas dans le kyste proprement dit.

Observation VIII

Delecœillerie

Le nommé C... (Théophile), cordonnier, âgé de 46 ans, domicilié à Paris, vint le 15 septembre à la consultation de l'Hôtel-Dieu pour une presbyopie.

Antécédents. — Cet homme jouit d'ordinaire d'une bonne santé. Il n'a jamais été malade et on ne trouve dans sa famille aucune affection qui aurait pu laisser une tare héréditaire ; il n'a jamais été atteint d'aucune affection oculaire.

Etat actuel. — Œil gauche : On trouve entre la caroncule et la partie interne de la cornée, mais plus rapproché de cette dernière, un petit kyste de forme allongée, ayant un diamètre longitudinal de 4 ou 5 millimètres, dirigé obliquement de haut en bas et de dedans en dehors ; sa largeur est de 1 à 2 millimètres, les vaisseaux super-

ficiels passent au-dessus de la tumeur, qui est mobile avec la conjonctive sur le tissu épiscléral.

Œil droit : Il ne présente rien de particulier.

Analyse microscopique. — Cet examen ne nous offre rien de spécial. On voit de petites cavités lymphatiques éparpillées dans le tissu sous-conjonctival. Les unes sont aplaties, les autres sont arrondies, enfin les dernières sont anguleuses. Certaines préparations ont été colorées au carmin et font surtout ressortir le tissu conjonctif; les autres par l'hématoxyline et nous montrent surtout les noyaux cellulaires.

Observation IX

Delecœillerie

D... (Prosper), âgé de 77 ans, tailleur, domicilié à Paris, se présente le 24 septembre à la consultation de l'Hôtel-Dieu.

Antécédents. — Cet homme, d'un tempérament sanguin, n'a jamais été malade et n'a jamais eu aucune affection oculaire. Ses ancêtres étaient bien portants.

Etat actuel. — Cette personne, atteinte d'hypermétropie, fatiguait sa vue depuis un certain temps quand elle travaillait à la couture. Elle s'est présentée le 15 mai 1892 à la visite de M. le professeur Panas, qui porta le diagnostic suivant : cataracte presque complète pour l'œil gauche, opacités commençantes du cristallin pour l'œil droit.

Il s'est représenté le 24 septembre à la visite, ayant encore une perception suffisante de l'œil gauche pour distinguer les objets.

Œil droit : On remarque entre l'angle interne de l'œil et la partie interne de la cornée une traînée lymphatique ayant un demi-centimètre de hauteur. Cette traînée n'a pas une largeur uniforme; elle présente deux ou trois dilatations. Elle est mobile avec la conjonctive et au-dessus d'elle passent des vaisseaux conjonctivaux superficiels. Au-dessous, on voit les vaisseaux profonds de l'épisclère non mobiles avec la tumeur. La pression ne fait pas disparaître ces dilatations. L'excision n'en a pas été pratiquée.

Œil gauche : On distingue par places, à l'angle interne de l'œil, de petites granulations d'origine lymphatique, dont trois surtout sont

visibles. Elles ont la grosseur de petites têtes d'épingles placées à un demi-centimètre du bord de la cornée.

Un peu plus à l'extérieur on trouve une bande transparente, plate, verticale, ayant environ deux millimètres de largeur et cinq de longueur. Quand on comprime la partie inférieure, le liquide se rassemble à la partie supérieure qui se dilate. Le côté externe du globe oculaire ne présente rien de particulier.

La bandelette lymphatique a été enlevée et examinée au microscope, mais le kyste s'étant crevé dans les tentatives d'extirpation, cet examen ne nous donne rien qui mérite d'être relaté.

Observation X

Delecœillerie

La nommée Rose L..., âgée de 45 ans, domiciliée à Paris, se présente le 13 novembre à la clinique ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu pour un iritis rhumatismal de l'œil droit.

A part les poussées fréquentes de rhumatisme dont elle a été atteinte, cette personne a toujours joui d'une bonne santé.

Etat actuel. — Œil droit : En même temps que l'iritis, on y voit tous les signes d'une conjonctivite chronique avec éversion et état ponctiforme des points lacrymaux. La malade, du reste, se plaint de larmoiement depuis longtemps.

Œil gauche : A côté de la conjonctivite chronique due à un mauvais état des voies lacrymales, semblable à celui de l'autre œil, on trouve, en dehors du bord externe de la cornée, trois traînées lymphatiques parallèles, longues de trois à quatre millimètres et ayant une direction verticale. Ces trois traînées lymphatiques sont réunies à leur extrémité supérieure par une dilatation transversale qui les fait communiquer toutes ensemble.

Ayant voulu savoir si le contenu se serait reproduit après son évacuation, nous avons ponctionné ces dilatations avec des ciseaux pointus et nous en avons, par des pressions, vidé complètement le contenu. Cinq jours après, ayant revu la malade, nous avons pu nous assurer que le liquide n'avait pas reparu et qu'il ne restait plus aucune trace de dilatation des lymphatiques.

Observation XI

Dr Jocks, 1898.

J. Ch., dix-huit ans, vient consulter le 18 février 1897. Elle se plaint d'un trouble de la vue tel qu'elle ne peut plus se livrer à aucun travail. Elle compte seulement les doigts à trois mètres.

Les deux cornées, uniformément troubles, présentent un aspect qui ne rappelle ni celui de la kératite parenchymateuse, ni celui des taies superficielles; elles sont grisâtres et laissent voir les pupilles comme à travers un nuage de fumée. Légère photophobie.

La conjonctive bulbaire, *dans sa totalité*, est parsemée de petits kystes si nombreux qu'on ne trouverait nulle part la place de loger une tête d'épingle sans en toucher un.

Ces kystes sont transparents, les uns arrondis, les autres vermiculaires. Les dimensions des plus grands ne dépassent pas un millimètre de diamètre.

Ils sont tous compris dans les couches superficielles de la conjonctive et par conséquent mobiles avec elle sur le tissu sous-conjonctival.

Toute la conjonctive bulbaire a subi la transformation kystique, c'est-à-dire qu'elle commence au bord de la cornée et se termine dans les culs-de-sac sans empiéter sur eux.

La face de la malade présente un aspect éléphantiasique. La peau est terne, comme épaissie par une hypertrophie générale, les paupières supérieures et les lèvres sont comme œdémateuses, et cependant il n'y a pas d'œdème. L'aspect, en somme, est à peu près celui d'un érysipèle de la face sans rougeur des téguments.

Des deux côtés, les ganglions sous-maxillaires et parotidiens sont engorgés et du volume de grosses noix. A gauche, la région sous-maxillaire est occupée par une tumeur ganglionnaire de la grosseur d'une orange. A droite, le ganglion pré-auriculaire est pris; à gauche, les ganglions mastoïdiens. Les autres régions du corps sont normales; pas d'hypertrophie dans d'autres régions; donc, pas de lymphadénie probable.

L'état mental de cette jeune fille laissant beaucoup à désirer, je manque de renseignements sur le début de la maladie et sur les

antécédents. En tous cas, il est certain que la malade est dans cet état depuis plusieurs mois au moins.

L'examen du sang a démontré une légère augmentation du nombre des globules blancs, qui ne peut être qualifiée de pathologique.

L'examen général, au point de vue du myxœdème, n'a rien fait découvrir comme pouvant se rapporter à cette maladie. Enfin, renseignement qui peut avoir son importance, dans le cas particulier, la malade n'a jamais habité les pays chauds.

Le traitement a consisté dans l'excision d'un centimètre environ de conjonctive tout autour de la cornée. Après cicatrisation, plusieurs séances de massage au calomel.

L'amélioration ne s'est pas fait longtemps attendre. Au bout d'un mois et demi environ, les cornées s'étaient éclaircies au point que la malade pouvait reprendre son travail, et les ganglions avaient légèrement diminué de volume. Depuis, son état ne s'est guère amélioré. A la périphérie de la conjonctive bulbaire qui n'a pas été excisée, il reste quelques dilatations lymphatiques.

Examen anatomique du tissu excisé. — J'ai fait un grand nombre de coupes sur plusieurs fragments de la conjonctive enlevée. Presque toutes les préparations présentant le même aspect, je ne vous en montre qu'une seule, qui m'a paru particulièrement démonstrative.

Le fragment de la conjonctive qui a servi à cette préparation présentait, après le recroquevillement dû à sa conservation dans le liquide de Muller et au durcissement, environ trois millimètres de longueur ; il provient de la partie équatoriale du bulbe, c'est-à-dire à égale distance des deux limites extrêmes de la conjonctive malade.

En examinant la préparation à l'œil nu ou avec une lampe, on voit à sa surface trois bosselures. Ces bosselures, multipliées en quantité innombrables à la surface de la conjonctive bulbaire, donnent l'idée de l'aspect général de la lésion.

La préparation (grossissement de 115 D) porte sur sa bosselure médiane qui est vue en entier et sur la plus grande partie de l'une de ses voisines (celle de gauche) ; on voit qu'elles sont constituées non par un seul kyste mais par plusieurs cavités irrégulières, au milieu du stroma conjonctif.

Ces cavités sont complètement vides ou lisses, elles renferment un

ontenu granuleux, résidu transformé et altéré du liquide qui remplissait à l'état frais ces cavités. Au milieu de ce contenu, et dans certaines préparations, on trouvait des cellules dévoyées du tissu conjonctif environnant et quelques globules blancs ; ceux-ci, d'ailleurs, rés rares.

Ces cavités sont très irrégulières. Quelques-unes sur plusieurs préparations communiquent manifestement entre elles. Elles sont plus u moins volumineuses; mais ce qu'il y a d'intéressant, c'est que, ntre ces cavités et plus ou moins parallèlement à leurs bords, on oit des cavités allongées qui ne sont autre chose que des capillaires ymphatiques déja dilatés, mais ne formant pas encore une cavité ystique. Sur certaines préparations, on voit aussi un détail qui a son mportance : la plupart de ces cavités, au lieu de se terminer nettement comme des kystes, se prolongent à leurs extrémités par des fissures; ce sont les coupes de ces fissures qui constituent les cavités ylindriques dont nous venons de parler.

La paroi de ces cavités doit être décrite d'apres des préparations olorées à l'hématoxyline et au picro-carmin.

Déjà sur les préparations colorées à l'hématoxyline, on devine un evêtement continu de la paroi interne par l'aspect des noyaux cellulaires faisant relief qui se trouvent sur une même ligne; c'est, à n'en as douter, un endothélium qui se distingue facilement des noyaux u tissu conjonctif environnant. Ce revêtement endothélial n'est pas ontenu sur nos préparations, mais il se trouve en assez grande bondance pour qu'on ne puisse pas nier son existence.

D'ailleurs ce sont les préparations colorées au picro-carmin qui, à encontre de ce que l'on pourrait croire, démontrent le mieux son dentité. En effet, ici, les noyaux du tissu conjonctif ambiant sont eu distincts, il en est de même des noyaux de l'endothélium, mais n voit mieux une mince paroi qui tapisse l'intérieur des cavités et aisant relief sur cette paroi, les cellules mal colorées, mais suffisamment indiquées de l'endothélium. Ces cellules ne font pas cependant ne couche contiuue.

Nous pouvons en somme dire, utilisant la description même de 'anas : « Leurs parois sont constituées par du tissu lamineux, condensé, recouvert d'une couche endothéliale, qui n'est pas partout ontinue ».

Indépendamment des dilatations lymphatiques, on voit encore sur cette préparation : A la périphérie, la conjonctive et dans l'épaisseur du stroma, quelques vaisseaux sanguins, les uns superficiels, les autres profonds; les uns coupés perpendiculairement, les autres obliquement.

Nous croyons, après ces détails, n'avoir pas à insister sur la nature lymphatique de ces kystes.

Observation XII

Cabannes, 1901.

Georges G..., âgé de 18 mois, est atteint, sept jours après sa naissance, d'une conjonctivite purulente qui met deux mois à guérir et ne rétrocède définitivement qu'après une admission de l'enfant, pendant huit jours, dans les salles de l'hôpital des Enfants. L'œil droit, au cours de la maladie, avait suppuré plus abondamment et plus longtemps que l'œil gauche.

Le 29 mai dernier, la mère du petit malade, voulant lui enlever un moucheron qui était tombé dans son œil droit, remarqua la présence d'une petite tumeur dans le cul-de-sac inférieur droit.

A l'examen, cette tumeur, liquide, kystique, à contenu citrin, a le volume d'un gros grain de blé ; elle est couchée transversalement dans le fond du cul-de-sac inférieur dont elle occupe la moitié interne. Sa forme est oblongue, à grosse extrémité externe, à petite extrémité interne, effilée, séparée de la première par un sillon peu profond. Cette tumeur n'est pas réductible.

Après simple anesthésie à la cocaïne, la tumeur a été extirpée.

La ponction de la tumeur liquide, grosse comme un gros grain de blé, donne issue à deux ou trois gouttes d'un liquide un peu trouble que nous avons soumis à l'examen microscopique (après fixation), d'abord sans coloration puis après coloration au bleu de méthylène et à la thionine aqueuse. Cet examen nous a permis de constater au milieu d'une substance fondamentale (matière albuminoïde coagulée), un nombre considérable de leucocytes et en particulier de lymphocytes. La présence de ces globules blancs nous paraît offrir un cer-

tain intérêt ; peut-être permettrait-elle de différencier par la fonction et l'examen microscopique les kystes lymphatiques des kystes glandulaires. Ce fait que l'on pourra vérifier dans des cas analogues n'a pas encore été constaté. D'ailleurs, on a peu fait l'examen microscopique des liquides des kystes conjonctivaux.

L'examen histologique de la paroi du kyste nous a donné les renseignements suivants :

Dans un des points de la préparation qui représente la coupe de la paroi du kyste qui s'est affaissé après la ponction capillaire, on reconnaît : 1° la couche épithéliale conjonctive modifiée, composée de plusieurs plans de cellules cylindriques profondément ovoïdes dans la région moyenne, plates superficiellement.

2° Le derme sous-jacent avec ses fibres ondulées, ses noyaux disséminés, quelques vaisseaux sanguins turgescents, pleins de sang. En un point, le derme se raréfie, ses fibres sont comme distendues, de nombreuses mailles se montrent ; il semble que l'on a fait une injection dans son épaisseur ; au voisinage de cette région raréfiée et distendue, on aperçoit un gros vaisseau lymphatique distendu, de forme ovalaire, très volumineux, à parois tapissées d'un épithélium plat, dont les noyaux sont très apparents grâce au carmin borate.

Le contenu de ce vaisseau est vaguement granuleux et ressemble à de l'albumine coagulée. Tout autour de la région raréfiée du derme (précédemment décrite), région qui était certainement remplie de liquide avant la ponction, et au voisinage du gros canalicule lymphatique distendu et même déchiré en un point, on voit des coupes de nombreux capillaires lymphatiques, reconnaissables aussi à leur épithélium plat. Par places, on en voit de coupés en long. Tous sont distendus et leur nombre important autour de ce qui est le vestige de la cavité centrale, prouve bien que cette dernière prend comme des racines lymphatiques dans le derme conjonctival : c'est plus exactement un lymphangiome inflammatoire qu'un kyste lymphatique à proprement parler. Des vaisseaux sanguins assez nombreux et congestionnés, cernent cette zone et ses lymphatiques. En un point, l'un d'eux, rompu, a donné naissance à une petite hémorrhagie interstitielle.

Observation XIII

Sgrosso, 1902.

Tumeur grosse comme un haricot, adhérente à la conjonctive et à la sclérotique du côté interne de l'œil droit. D'après l'examen microscopique, elle était née par fusion de plusieurs vaisseaux et espaces lymphatiques dilatés.

KYSTES GLANDULAIRES

I. Anatomie.

« Les glandes propres de la conjonctive sont disséminées sur » la moitié interne du cul-de-sac, de telle sorte que leur ensem- » ble forme une espèce de courbe ou de fer à cheval à conca- » vité dirigée en dehors. On en compte 35 ou 40 pour la pau- » pière supérieure ; de 6 à 8 seulement pour la paupière infé- » rieure. Elles sont généralement arrondies ou ovalaires et leur » diamètre mesure en moyenne de deux à cinq dixièmes de mil- » limètres.

» Au point de vue de leur structure, elles se composent, » comme des glandes en grappe, d'un canal central ou canal » excréteur, ayant la forme d'un long tube, sur les parois » duquel viennent s'ouvrir un nombre plus ou moins considéra- » bles d'acini : de là, le nom de glandes acino-tubuleuses qui » leur a été donné par Krause. Ces glandes sont situées dans le » tissu cellulaire sous conjonctival et occupent, pour la plupart, » l'espace compris entre le cul-de-sac de la conjonctive et le » bord orbitaire des tarses.

» Un certain nombre d'entre elles, particulièrement bien » décrites par Wolfring, descendent même plus bas et viennent » se placer sur la face antérieure des tarses ou même dans » l'épaisseur de leur bord orbitaire. Ces dernières glandes pré » ou intra-tarsiennes sont, en général, plus petites que les » autres et leur canal excréteur, on le conçoit, doit nécessaire-

» ment, pour se rendre à la conjonctive, traverser le tarse d'ar-
» rière en avant.

» Indépendamment des glandes acino-tubuleuses que nous
» venons de décrire, Henle a encore signalé, dans la portion de
» la conjonctive comprise entre le bord orbitaire des tarses et le
» cul-de-sac, des glandes tubuleuses (glandes de Henle), les-
» quelles viendraient s'ouvrir dans le fond des sillons transver-
» saux que présente cette portion de la muqueuse. Mais si les
» histologistes sont d'accord pour admettre les glandes de
» Krause, il n'en est pas de même au sujet des glandes de
» Henle. Tandis que certains d'entr'eux, notamment Ciaccio et
» Reich, les décrivent avec force détails, d'autres, parmi lesquels
» je citerai Waldeyer, les rejettent complètement en tant qu'or-
» ganes glandulaires, et les considèrent comme de simples cellu-
» les de l'épithélium conjonctival amassées dans les sillons pré-
» cités. Zaluskowski, adoptant une opinion mixte, décrit à la
» fois des amas épithéliaux et des glandes tubuleuses. Il admet,
» en outre, que ces deux formations ayant la même origine,
» peuvent se substituer l'une à l'autre dans une certaine mesure.
» Pour lui, ces glandes appartiennent à la classe des glandes
» muqueuses : elles renferment même dans leur épithélium
» sécréteur un certain nombre de cellules caliciformes.

» Quant aux glandes utriculaires de Manz que cet auteur a
» signalées chez les animaux tout près de la circonférence de la
» cornée et qui ont été retrouvées chez l'homme par Stromeyer,
» par Kleinschmidt, par Henle, Ciaccio, elles ne sont encore
» pour Waldeyer que de simples paquets de cellules épithélia-
» les qui se sont amassées dans l'une des rainures que présente
» la conjonctive au voisinage du limbe » (1).

II. **Description.**

Les kystes glandulaires de la conjonctive publiés avec examen microscopique sont au nombre de quinze, d'autres obser-

(1) Testut, *Anatomie descriptive.*

vations publiées sous ce titre ne sont pas démonstratives. Aussi les laissons-nous de côté.

La maladie est plus fréquente chez l'homme, nous trouvons 7 cas dans le sexe masculin, contre 4 dans le sexe féminin. L'âge ne paraît pas jouer de rôle effectif. Le kyste se montre de préférence dans la région des culs-de-sac (supérieur et inférieur). Quelquefois cependant il se montre sur la conjonctive bulbaire de préférence dans la partie interne, entre le limbe et la caroncule. Leur cause n'est habituellement pas bien définie. Dans deux cas (Rombolotti, Aubaret) un traumatisme est incriminé. MM. Carra et Valois accusent aussi un traumatisme qui n'est pas prouvé. La cause habituelle reste donc en général problématique.

Le volume du kyste varie, depuis celui d'une tête d'épingle (Ginsberg), d'un gros grain de blé ou de poivre jusqu'au volume vraiment exceptionnel d'une amande (Cabannes et Lafon). Dans ces cas le kyste n'est pas libre au niveau de la conjonctive, il est profondément placé dans le cul-de-sac, surtout le supérieur, qu'il rembourre et qu'il comble. Lorsque le kyste est plus petit au lieu d'être profondément fixé, il est souvent énucléable, sous-conjonctival, mobile sur la sclérotique. On peut voir aussi dans quelques cas, la mince membrane conjonctive qui les recouvre hyperhémiée tout autour. Il existe aussi quelquefois une injection assez marquée des conjonctives.

Ces kystes sont remplis d'un liquide clair, transparent ou citrin. La ponction de ce liquide a pu permettre dans quelques rares cas d'en noter l'abondance et d'en faire l'examen cytologique et microscopique. Le premier examen du liquide a été publié par Rombolotti, en 1895. Le second par M. Aubaret, en 1902. Le troisième, par MM. Cabannes et Lafon, en 1907. Ce dernier examen, dû à l'obligeance de M. le professeur agrégé Sabrazès, est des plus complets et montre une proportion considérable, 30 p. 100 de cellules alvéolaires contre 29 p. 100 de leucocytes polynucléés, 18 p. 100 de cellules polyédriques variées et 10 p. 100 de lymphocytes. Cette proportion considérable de cellules alvéolaires est tout à fait intéressante à noter.

L'examen anatomo-pathologique de la paroi de ces kystes

nous montre qu'ils naissent soit aux dépens des glandes acino-tubuleuses de Krause, soit aux dépens des glandes de Henle, soit encore à la faveur des nombreux plis conjonctivaux qui occupent la région des culs-de-sac. C'est surtout aux dépens des canaux excréteurs des glandes que naissent ces cavités kystiques, refoulant ainsi les acini voisins qui sont atrophiés ou au contraire dilatés. L'épithélium qui tapisse ces cavités est variable : tantôt, c'est un épithélium plat en une ou plusieurs assises, mais, le plus souvent, l'épithélium est polymorphe, il est stratifié en deux, trois ou plusieurs couches, les cellules profondes étant cubiques et les superficielles cylindriques, quelquefois allongées comme de vrais bâtonnets. On note assez souvent de la dégénérescence muqueuse des cellules superficielles; au proche voisinage de ces cavités souvent multiples ou multiloculaires, on a noté assez souvent des sortes d'enfoncements épithéliaux, boudins épithéliaux, pleins ou creux, contenant des cellules à mucus (sorte de dégénérescence mucoïde de l'épithélium). Lorsque plusieurs cavités voisines se fondent ensemble et s'unissent, le kyste prend ainsi avec ses invaginations multiples l'aspect de certains kystes de l'ovaire. Les cellules épithéliales qui tapissent la face interne de ces kystes reposent sur une membrane élastique, quelquefois conjonctive, comme dans un cas de Rogman. La conjonctive avoisinante est souvent enflammée, avec des vaisseaux sanguins congestionnés, néoformés et des lymphatiques dilatés, pouvant former de véritables espaces vacuolaires.

La pathogénie de ces kystes glandulaires est encore très discutée. Il est vraisemblable que des inflammations chroniques aboutissant soit à une oblitération du tube excréteur, soit à une prolifération anormale des acini glandulaires, soit encore à l'agrandissement avec accollement des replis normaux de la conjonctive, peut aboutir à la formation d'une sorte de cavité close qui sera l'origine ultérieure de l'évolution kystique. On peut très bien admettre l'influence du traumatisme, réalisant les conditions sus-énoncées par des invaginations épithéliales, la formation de cicatrices anormales, et créant ainsi des kystes qui

ne sont pas à proprement parler des kystes épidermiques, mais qui s'en rapprochent singulièrement sinon par la morphologie de leurs cellules, du moins par leur pathogénie.

III. Observations.

Observation I

S. Ginsberg, *in* Lagrange, *Traité des tumeurs de l'orbite*, p. 27.

Une jeune fille de 29 ans avait, il y a trois ans, remarqué à sa paupière inférieure droite, une vésicule de la grosseur d'une tête d'épingle, qui augmenta considérablement dans les six derniers mois. Au point de passage de la paupière inférieure droite, près de la caroncule, se trouvait un kyste transparent, semblable à une lentille quant à la forme et à la grandeur, et recouvert de délicats vaisseaux sanguins. Lors de l'extirpation, le sac fut fendu par derrière et enlevé en totalité. Au microscope, sur les coupes passant par le milieu et perpendiculaires à la muqueuse, la cavité est unique, tandis que sur celles plus périphériques, elle semble constituée par des divisions séparées par d'étroites bandes. Ceci doit peut-être être attribué aux plissements produits par l'affaissement du kyste; de même les nombreuses sinuosités latérales. La surface interne est revêtue d'un épithélium continu qui est tantôt à une seule, tantôt à deux couches et se compose de cellules en partie cubiques, en partie cylindriques. En fait, l'épithélium est à une seule couche, le redoublement n'est qu'apparent, produit par des coupes obliques, inévitables, sur la pièce affaissée. Du contenu, il ne reste que des résidus peu abondants, d'une substance jaunâtre finement granulée. Je n'ai pu trouver de rapports directs avec la muqueuse. Cependant, on voyait des coupes longitudinales, transversales et obliques des canaux épithéliaux, dont le plus antérieur débouchait dans la conjonctive, tandis que le plus postérieur s'ouvrait dans le kyste. Ceci doit s'interpréter par ce fait, que la coupe a dû atteindre les parties d'un conduit très contourné. L'épithélium de la muqueuse est à plusieurs couches,

cubique ou polygonal dans les couches inférieures, plat dans les superficielles, et renferme de nombreuses cellules à mucus.

Le tissu conjonctif sous-muqueux montre de forts amas de cellules rondes autour des vaisseaux et des nerfs, ainsi que dans le voisinage du kyste et d'un tube épithélial qui sort de la conjonctive juste à côté de l'enfoncement épithélial déjà mentionné de cette membrane. Ce tube a été coupé en arrière par l'incision opératoire. Son canal est revêtu d'un épithélium à deux couches, de telle sorte qu'une couche de cellules cubiques est surmontée de belles cellules cylindriques allongées avec un noyau basal. La couche interne contient des masses de cellules à mucus. Près de la terminaison de ce canal se trouve un amas de cellules rondes en dégénérescence, dont les noyaux sont faiblement colorables, tandis que le protoplasma cellulaire prend la coloration et a un aspect brillant et homogène.

Observation II

Une petite fille de 8 ans vient nous voir pour du larmoiement et des sensations de brûlure dans l'œil gauche. Juste au point de passage de la paupière inférieure gauche, un peu en dedans du milieu, se trouve un kyste transparent de la grosseur d'un grain de poivre, ovale, allongé et placé transversalement. En outre, il y avait un fort catarrhe. Le kyste fut extirpé *in toto* par le docteur Kuthe, médecin en chef de la clinique; l'incision dans la conjonctive était éloignée d'environ deux centimètres de l'extrémité postérieure des glandes de Meibomius, tandis qu'en arrière elle s'étendait à peu près aussi loin sur la conjonctive bulbaire.

Le contenu kystique était un liquide séreux, dans lequel flottaient des petits grumeaux, amas blancs et délicats de cellules épithéliales. Ces dernières sont en partie normales, en partie en voie de dégénérescence. Dans quelques-unes on voit des gouttelettes claires non brillantes, dans d'autres le noyau est repoussé contre la paroi par une grosse goutte, souvent le noyau se colore faiblement ou pas du tout ; enfin on trouve des vésicules sans noyau, claires, ayant à peu près la grandeur des cellules normales. La paroi kystique est com-

plètement revêtue d'une seule couche d'épithélium pavimenteux. Vers le dehors, le tissu conjonctif est plus régulièrement fibrillaire qu'ailleurs. Par places, le kyste est entouré d'amas de cellules rondes. Ces amas ont une forme annulaire. Le kyste s'étend jusque sous l'épithélium de la conjonctive, mais est séparé partout de cette dernière par une couche étroite de tissu conjonctif. L'épithélium de la muqueuse a en bas des cellules cubiques, puis polygonales, et en haut des cellules plates et parfois cylindriques entre lesquelles se trouvent des masses de cellules à mucus. Ce qui frappe surtout, ce sont des enfoncements épithéliaux nombreux, en partie pleins, en partie creux, striés sur les deux côtés du kyste. Dans la profondeur, on voit que les bâtonnets solides ont souvent une lumière ; puis les épithéliums polygonaux se modifient de telle sorte, que la couche la plus interne se transforme en belles cellules cylindriques avec un noyau basal, tandis que les couches extérieures se réduisent à une couche de cellules cubiques. On peut suivre les transitions assez clairement. Entre les épithéliums cylindriques, on trouve ici aussi de nombreuses cellules à mucus. Elles sont moins nombreuses que les bâtonnets pleins.

Un certain nombre d'enfoncements, en partie pleins, en partie creux, viennent déboucher sur un petit territoire de la surface de la muqueuse, dans laquelle sont situées un grand nombre de cellules à mucus très serrées. Dans la profondeur, on trouve d'un côté de larges sinuosités terminales des canaux à côté des kystes, sur une ligne représentant un prolongement de l'axe longitudinal de ces tubes. D'autres enfoncements situés à des endroits plus éloignés sont moins nombreux et moins profonds. Dans le tissu conjonctif, les amas de cellules rondes ne se trouvent pas seulement autour des vaisseaux et des nerfs, mais surtout autour de ces conduits, et en particulier près de ceux qui ont une lumière.

Je n'ai pas trouvé cette infiltration autour des plus grands bâtonnets épithéliaux, mais je l'ai rencontrée aux endroits où ces bâtonnets étaient encore petits. Très peu de formation folliculaire. Un amas sphérique de cellules rondes, dont la périphérie est bien séparée du voisinage par des cellules à noyaux très colorés, est situé sous l'épithélium de la conjonctive. Cet épithélium est ici très aminci, son

épaisseur n'est que de 10 μ ; tout auprès, elle est de 20 μ. Dans le milieu, un petit enfoncement creux pénètre quelque peu dans le follicule.

Observation III

Rogman (1895).

Rogman fait remarquer que si certains kystes ont été bien décrits, jamais jusqu'à lui on n'a parlé des kystes qu'il va décrire.

Ces kystes apparaissent généralement sur la partie de la conjonctive bulbaire, située dans le champ de la fente palpébrale quand l'œil est ouvert, sans aucun symptôme inflammatoire concomitant, sous forme de phlyctènes arrondies, semi-transparentes, légèrement rosées, dont le siège semble être tout à fait superficiel au premier aspect. Quand on les fait mouvoir sur la sclérotique par l'intermédiaire de la paupière propulsée ou au moyen d'un corps mousse, on s'aperçoit, contrairement aux observations de Sœmisch, que généralement ils ne font pas corps avec la muqueuse, mais qu'ils glissent, en apparence, librement sous cette dernière. Une boutonnière pratiquée dans la conjonctive, à une certaine distance de l'endroit où ils se trouvent, si on veut éviter de les léser, permet de les faire sortir sans difficulté et de les recueillir intacts, sous forme de petites vésicules diaphanes, de nuance légèrement opaline et de la grandeur d'un grain de millet ou celui d'un pois.

Comme nous l'avons dit plus haut, ils sont susceptibles, surtout quant ils ont atteint un certain volume, d'occasionner une gêne réelle.

Nous avons utilisé, pour en faire l'examen histologique, un des kystes extraits de la façon indiquée plus haut, du tissu sous-conjonctival, entre la cornée et la caroncule, chez une femme âgée de 54 ans.

Le petit kyste ayant une certaine ressemblance avec une perle fine a été fixé dans la liqueur de Flemming, traité par l'acide pyroligneux, durci et déshydraté par l'alcool. Les coupes ont été colorées par la safranine.

Pendant les manipulations nécessaires à la préparation, la vésicule s'est rompue, de manière qu'il n'a pas été possible d'en examiner le contenu.

La membrane d'enveloppe a été trouvée composée de deux couches : une membrane élastique externe et un épithélium stratifié, celui-ci formé en certains endroits par deux ou trois couches cellulaires, par sept, huit et plus en d'autres. Pavimenteuses, cuboïdes dans les couches périphériques, les cellules sont cylindriques dans les couches superficielles. Les noyaux sont fortement colorés, le protoplasme est dense. Les cellules internes sont volumineuses et de forme parfois très allongée : leur noyau est situé excentriquement dans la profondeur. A certaines places, les cellules cylindriques se disposent plus ou moins en éventail, formant par leurs groupes des espèces de papilles, séparées les unes des autres par des fentes profondes de deux ou trois couches cellulaires. Au milieu de ces éléments épithéliaux se rencontrent ça et là des espaces clairs comme des lacunes, de forme arrondie et de grandeur variable : quelques-uns ont un diamètre qui ne dépasse pas le tiers de l'épaisseur de la couche épithéliale ; d'autres occupent cette épaisseur presque tout entière et soulèvent même la paroi interne, qui, réduite à une couche extrêmement ténue, fait fortement hernie dans la cavité centrale. Tantôt ces espaces paraissent tout à fait vides ; d'autres fois ils renferment un dépôt finement grenu, quelques coagulums fibrineux, ou bien encore des matières amorphes colorées par la safranine.

La membrane élastique qui forme, pour ainsi dire, la charpente du kyste, présente un aspect homogène ; elle est dépourvue de noyaux et ne possède pas de structure apparente. A certains endroits où les préparations ont été tiraillées, elle s'est séparée de la couche épithéliale et parfois seule a résisté à la traction. Ailleurs, elle se replie sur elle-même, à peu près comme la couche élastique externe des parois artérielles. Son contour interne et généralement aussi son contour externe sont bien limités ; de distance en distance cependant le dernier se perd au milieu du tissu cellulaire qui y adhère. La délicatesse et la fragilité des tractus, formés par ce tissu, qui se continuent avec le réseau connectif sous-conjonctival, seules expliquent la mobilité apparente complète dont jouit le kyste.

« Les caractères anatomiques que nous venons de décrire s'écartent assez sensiblement de ceux qui ont été trouvés jusqu'ici dans les kystes sous-conjonctivaux ».

« L'anatomie pathologique démontre à l'évidence que, dans les cas que nous étudions, les kystes se sont formés aux dépens de la conjonctive, origine que Sœmisch avait réservée aux seules vésicules conjonctivales adhérentes ». Cette formation, toutefois, ne s'est pas faite par greffe, comme dans les observations publiées par Uhthoff, car, dans plusieurs des cas que nous avons observés, les personnes atteintes ont pu nous affirmer de la manière la plus formelle qu'elles n'avaient jamais subi aucun traumatisme, ni souffert d'aucune affection oculaire antérieure.

Il est permis de croire que certains replis, sinuosités ou cryptes, si nombreux dans la conjonctive, se sont isolés, pédiculisés, plus tard étranglés, et à la fin entièrement séparés de la membrane qui leur a donné naissance pour prendre la forme de kystes et se perdre dans le tissu sous-conjonctival.

Observation IV

Rombolotti, mars 1895.

C. A..., âgé de douze ans, avait déjà été traité pour « blessure pénétrante de l'O D, intéressant la cornée et la sclérotique avec prolapsus de l'iris et du corps ciliaire ». De l'histoire clinique rédigée alors, il résulte que la blessure aurait une direction verticale de haut en bas et qu'elle occupait le tiers interne supérieur du globe oculaire ou bien le segment compris entre le muscle droit supérieur et l'interne. L'enfant quitta alors l'hôpital, après une phase de vive réaction inflammatoire sur la terminaison de laquelle on trouve écrit cette mention : « Bulbe s'acheminant vers la phtisie ». Depuis quatre ans l'œil ne lui causa aucune gêne jusqu'au mois de novembre de l'année 1892, époque à laquelle l'enfant s'aperçut qu'au niveau du secteur qui avait été blessé se développait un petit corps transparent semblable à une petite vésicule, qui, en cinq ou six mois, atteignit la grosseur d'un grain de blé. Après une période stationnaire, à partir du mois d'avril 1893 la vésicule grossit lentement en se diposant autour de la cornée. Pendant cet accroissement la tumeur déborda la fente palpébrale. L'enfant affirme que ni au commencement ni pendant le

développement ultérieur de cette altération il ne souffrait d'aucune douleur ni oculaire ni périorbitaire.

A l'inspection de l'œil, on voit déborder de la fente palpébrale un soulèvement de la conjonctive comme s'il s'agissait d'un énorme chémosis. La paupière inférieure paraît un peu distendue et légèrement renversée en ectropion. Le soulèvement offre une couleur rose pâle presque blanche; son aspect est gélatineux avec un aspect nacré. Sur sa surface cheminent des vaisseaux sanguins gros et tortueux qui tranchent sur le fond pâle et anémique de la muqueuse.

En soulevant les paupières, on remarque que le soulèvement suit exactement le cul-de-sac inférieur. Au grand angle, là où le cul-de-sac est presque effacé, le soulèvement commence au dehors de la caroncule, au niveau du replis semi-lunaire dont il n'y a pas de trace. De plus, comme cette ligne de contact du cul-de-sac conjonctival avec la sclérotique est presque parallèle à la circonférence cornéenne et que le soulèvement conjonctival s'étend jusqu'au bord cornéen, on comprend aisément que celui-ci arrive à entourer une partie de la cornée. Le soulèvement s'accomplit presque à pic sur la surface sclérale et atteint un maximum d'élévation au niveau du milieu de l'espace compris entre le cul-de-sac inférieur et le bord cornéen correspondant. La forme d'ensemble du soulèvement est celle d'un croissant avec la concavité tournée en haut; il entoure les 2/3 inférieurs et internes de la cornée.

La cornée, presque en totalité de bas en haut où elle est entourée par le soulèvement conjonctival, est le siège d'une large cicatrice : dans son 1/3 supérieur externe seulement, une petite portion de tissu de la largeur d'à peu près 3 millimètres située le long du bord périphérique conserve encore une certaine transparence qui permet d'entrevoir un secteur de l'iris atrophique, lequel adhère à cette cicatrice cornéenne très étendue et tout à fait plane.

A l'éclairage latéral, on n'aperçoit rien autre chose de remarquable, mais la transparence du soulèvement conjonctival évoque l'hypothèse d'un épanchement séreux.

Le traitement auquel on donna la préférence fut le suivant : avec une seringue de Pravaz on perfora le soulèvement conjonctival; nous nous aperçûmes tout de suite que l'aiguille ne rencontrait plus de

résistance. En retirant délicatement le piston, nous réussîmes à enlever une demi-seringue d'un liquide doué d'une transparence presque parfaite. Après quoi le soulèvement s'affaissa complètement. Avec un couteau de Graefe nous l'incisâmes dans toute son épaisseur et sur toute son étendue, suivant une direction parallèle au bord de la paupière inférieure et en faisant tomber la section au niveau du milieu de l'espace compris entre le fornix inférieur et le bord cornéen correspondant: cela fait, nous en incisâmes trois lambeaux, un parallèlement à la portion horizontale de la section, deux autres plus petits, verticalement de chaque côté, qui furent tous immédiatement fixés pour les soumettre à la recherche histologique.

Nous constatâmes aussitôt après l'écartement des lambeaux que le kyste n'avait absolument pas d'adhérences avec le tissu scléral, dont la surface ne présentait rien qui pût expliquer un épanchement séreux se rapportant à une filtration des liquides endoculaires. Nous avions dirigé plus particulièrement notre attention vers le point où existait cet enclavement du corps ciliaire dont j'ai fait mention dans l'examen objectif du patient. Mais, dans ce point également, rien ne semblait anormal.

Nous procédâmes tout de suite à la suture des deux lambeaux conjonctivaux pour recouvrir la surface sclérale dénudée.

Après peu de jours, l'enfant quitta l'hôpital complètement guéri.

Examen microscopique du liquide retiré de la cavité kystique. — Le liquide retiré de la cavité kystique fut versé dans un petit tube où on le laissa déposer pendant vingt-quatre heures, après lesquelles on aperçut dans le fond un ténu sédiment grisâtre. Le liquide qui, à son extraction, avait une couleur légèrement opaline, avait acquis maintenant une parfaite transparence.

L'examen microscopique du sédiment démontre qu'il était composé de leucocytes de dimensions variées et offrant plusieurs altérations; quelques-uns étaient renflés, hydropiques, presque désorganisés; quelques autres pigmentés, avec du pigment noir en grains dans le protoplasma; on voyait encore des cellules endothéliales semblables à celles des parois des vaisseaux sanguins et des espaces lymphatiques, quelques-unes aplaties, lamellaires; de plus, des cellules épithéliales d'une forme arrondie, rectangulaire, avec un

noyau bien distinct et un protoplasma finement granuleux; enfin, des restes protoplasmiques, résultant de la décomposition des globules blancs dans le liquide.

Examen anatomique du tissu excisé. — L'examen anatomique démontra qu'il était formé par la muqueuse conjonctivale avec les caractères propres à celle qui revêt le globe oculaire. Dans les couches de son épithélium, on rencontre nombre de ses cellules avec des altérations qui se rapportent à la dégénérescence muqueuse.

Le tissu connectif qui est situé au-dessous, constituant le tissu propre de la muqueuse dans sa partie la plus superficielle, s'écarte bien un peu de sa structure normale, seulement il apparaît hypertrophié, en se présentant bien plus épais que d'habitude. En rapport avec cet état hypertrophique, les vaisseaux sanguins ont atteint un calibre bien plus grand que d'ordinaire. Dans les mailles dont ce tissu connectif se compose, on aperçoit une infiltration d'éléments lymphoïdes, mais on sait que cette infiltration d'éléments lymphoïdes a été décrite comme constante et normale par un grand nombre d'histologistes. Je n'ai jamais rencontré, au contraire, des vrais follicules lymphatiques. Ce n'est qu'en se portant plus profondément que le tissu connectif de soutien de la muqueuse prend une disposition particulière, c'est-à-dire qu'il se présente bien plus entouré avec une filtration de corpuscules lymphoïdes moindre; des fibres, qui sont disposées plus régulièrement, réunies en faisceaux, disposées le plus souvent longitudinalement, se superposent par couches d'une manière uniforme, précisément comme on l'observe dans les formations conjonctivales, qui constituent le stroma de soutien du revêtement épithélial des kystes. Mais ce que la recherche histologique décela de plus caractéristique en relation avec le diagnostic clinique, c'est que cette zone conjonctive, présentant l'aspect d'un petit ruban, se continuait dans un épithélium formé d'un petit nombre de couches composées d'éléments cellulaires très comprimés. En quelques points des coupes, cet épithélium forme deux couches de cellules; dans d'autres points, au contraire, peut-être à cause de l'obliquité de la couche, il en présente trois ou quatre. La couche la plus profonde, celle qui est contiguë au tissu connectif, étant toujours formée par des cellules cubiques, avec un noyau assez gros et bien manifeste; la plus super-

ficielle, au contraire, étant constituée par des cellules plus grandes, plus aplaties, presque lamellaires, présentant cependant un noyau toujours bien reconnaissable.

Observation V

Dr Duboys de Lavigerie, 1900.

M. F..., bien portant, vient me consulter, il y a environ trois mois, pour un petit kyste transparent ressemblant à une petite phlyctène, situé à l'union du limbe cornéen à la partie interne et un peu en bas et que l'on voit encore. Il avait peur que ce petit kyste n'augmentât et ne devînt plus volumineux. Sans attacher une grande importance à cette petite lésion, j'examinai en même temps les culs-de-sac conjonctivaux et, à ma grande surprise, je trouvai dans la partie externe des deux culs-de-sac, symétriquement, une série de petits points jaunâtres un peu opalescents en très grand nombre formant comme un semis, sur toute cette partie de la conjonctive, de petits grains peu volumineux assez serrés les uns contre les autres et faisant saillie au-dessus de la conjonctive sans réaction inflammatoire apparente, sans douleur, puisque le malade n'en soupçonnait même pas l'existence. Le malade ne présente pas de sécrétion, aucune rougeur de la conjontive. Il n'a pas et n'a pas eu de catarrhe conjonctival ayant précédé l'apparition de ces petits grains.

Pas de traumatisme. Il ne peut nous renseigner sur la date de leur apparition. Tout l'intérêt de cette observation est surtout dans l'examen histologique.

Examinées au faible grossissement, les coupes présentent de nombreuses lacunes kystiques, la plupart voisines de la surface et séparées par une mince membrane ; quelques-unes moins étendues sont situées un peu plus profondément dans le tissu fibreux conjonctival qui constitue la trame profonde de la muqueuse. A un plus fort grossissement, on reconnaît que ces cavités kystiques sont limitées par une couche épithéliale continue, absolument identique à celle qui revêt la surface de la conjonctive. Cette couche épithéliale est d'autant plus régulière et épaisse que le kyste est moins développé,

et l'on trouve sur la coupe de petits kystes où l'épithélium est nettement cylindrique et stratifié, les cellules les plus superficielles étant plus volumineuses que les profondes, légèrement aplaties. Dans les kystes plus volumineux, l'épithélium constitue une couche moins épaisse qui, en certains points même, devient unicellulaire. Cet épithélium présente, comme d'ailleurs l'épithélium de la conjonctive, de nombreuses cellules en évolution muqueuse (cellules caliciformes). Quelques-uns de ces kystes ne contiennent qu'un liquide dont la contenance en albumine doit être faible ou nulle, a en juger, par l'absence ou la pauvreté du principe intra-kystique, sur les coupes. D'autres kystes présentent, au contraire, dans les parties déclives, des amas cellulaires (cellules épithéliales desquamées) et un précipité granuleux. C'est vraisemblablement à la présence de ce dépôt cellulaire intra-kystique que quelques-uns de ces kystes doivent l'apparence de leurs parties déclives.

Quant à l'origine de ces kystes, nous serions tenté de la rechercher dans une distension des tubes de Henle, c'est-à-dire des dépressions de la muqueuse. Mais cela ne nous dit pas quelle est la cause première de ces lésions. Il ne semble pas exister de processus inflammatoire superficiel de la muqueuse. Il n'en existe, en effet, aucun signe clinique ou histologique. Il n'y a nulle part cette infiltration leucocytaire qui caractérise tout processus inflammatoire aigu. Ce qui nous a frappé, par contre, c'est un épaississement du tissu conjonctif de la muqueuse, un certain degré de sclérose, avec abondance peu considérable de cellules conjonctives. Mais on n'a trouvé du côté des vaisseaux capillaires artériels ou veineux, accessibles à l'investigation histologique, aucune lésion manifeste de leurs parois, aucun rétrécissement de leurs conduits. Nous nous bornons à signaler ce fait et renonçons à ajouter une hypothèse à celles déjà faites pour expliquer cette dégénérescence kystique dont la pathogénie nous échappe complètement.

Ces kystes épithéliaux doivent donc être nettement séparés des kystes séreux attribués à la distension d'un lymphatique.

Il ne faut pas confondre avec ceux-ci les kystes des glandes de Krause et des glandes lacrymales, qui, eux aussi, sont des kystes épithéliaux, mais dont les dimensions sont toujours plus larges.

Observation VI

Stoewer.

Stoewer a eu l'occasion d'étudier histologiquement des productions kystiques du cul-de-sac inférieur.

Il s'agissait d'un enfant de cinq ans atteint de conjonctivite catarrhale bilatérale. A gauche, on constatait en outre, dans la région moyenne du cul-de-sac inférieur, deux petites saillies de 2 à 3 millimètres de diamètre, de coloration légèrement bleuâtre et de consistance élastique.

Après guérison de la conjonctivite, on pratique l'excision des deux kystes. Le contenu du kyste était limpide et sans structure. Les parois étaient constituées par une seule couche de cellules épithéliales aplaties avec noyaux assez volumineux. Au-dessous de cette couche, on ne constatait pas de paroi propre, mais un tissu conjonctif lâche ne différant pas de celui du cul-de-sac normal.

Stoewer ne pense pas que l'inflammation conjonctivale coexistante fût la cause de ces productions kystiques. Il admet qu'il s'agit de kystes par rétention résultant de l'oblitération de l'orifice d'une de ces dépressions épithéliales connues sous le nom de glandes de Henle.

Observation VII

Fehr, 1901.

L'auteur en rapporte trois cas. Le premier fut observé chez un homme de dix-neuf ans : la tumeur siégeait entre l'équateur et le limbe de la cornée qu'elle atteignait; le deuxième concernait une jeune fille de vingt-un ans et était sensiblement identique; la troisième, observée chez un ouvrier de trente-huit ans, était plus éloignée de la cornée et se trouvait à peu près au niveau de l'insertion du droit interne. L'examen anatomique montra que la tumeur était constituée par un kyste multilobulaire situé dans le tissu sous-conjonctival.

L'origine de ces kystes est encore peu connue. Ils résulteraient, d'après Rogman, de plis de la muqueuse et, d'après l'école italienne,

devraient être considérés comme des kystes par rétention provenant des glandes de Krause. Il s'agit bien probablement, dans le cas de l'auteur, suivant l'explication donnée par Ginsberg et Vossius et plus tard aussi par Wintersteiner, de kystes provenant de la prolifération dans la profondeur des couches de l'épithélium superficiel et ayant subi une métamorphose régressive avec dégénérescence muqueuse. Jaquet et Schapringer ont décrit un cas semblable sous le nom très explicatif d'épithéliome kystique de la conjonctive bulbaire.

Observation VIII

Rosenberg, 1901.

Se basant sur l'examen microscopique d'un kyste extirpé par le professeur Belliarminoff chez un homme de trente-trois ans, et dont le début remontait, au dire du malade, à six mois. L'auteur imagine la pathogénèse de ces kystes acquis des glandes de Krause de la manière suivante : A la suite d'une infection quelconque, s'établit un processus inflammatoire déterminant une dégénérescence muqueuse de l'épithélium des glandes et une prolifération très accentuée des cellules épithéliales. L'accumulation des éléments lymphoïdes, l'hyperplasie du tissu conjonctif et les capillaires engorgés de sang militent en faveur d'un processus inflammatoire. Dès lors, on peut admettre que la dégénérescence hyaline des cellules, la sécrétion plus accusée des cellules glandulaires, la prolifération accentuée des cellules du canal excréteur de la glande de Krause en provoquent l'oblitération. Le développement ultérieur des kystes s'effectue comme pour les kystes glandulaires en général.

Observation IX

MM. Carra et Valois.

Le 14 février 1901, A... (de Pouilly-sur-Loire), arrive à la clinique de l'hôpital de Nevers, présentant une petite tumeur sous la conjonctive de l'œil droit.

Il ne peut préciser exactement l'époque à laquelle a débuté son affection. Il n'a commencé à en souffrir qu'il y a peu de temps, se plaignant qu'en travaillant (il est tailleur de pierres), il éprouve du picotement et des démangeaisons insupportables.

La tumeur est située dans l'angle interne de l'œil, dirigée selon le grand diamètre du globe, à égale distance environ de l'angle interne et du limbe scléro-cornéen ; son volume est assez exactement celui d'un gros grain de blé.

Sous l'aspect de sa couleur, elle offre deux aspects différents :

1° Dans la partie la plus périphérique, elle rappelle celle de la conjonctive dont elle a tous les caractères ;

2° Au sommet de la tumeur, la muqueuse a changé d'aspect; elle elle rougeâtre et rappelle l'apparence de la peau. Elle est mobile et n'a contracté aucune adhérence avec le tissu épiscléral sous-jacent, la muqueuse la recouvre tout entière et le changement d'aspect dont nous parlions semble dû à une transformation de la muqueuse et non à la tumeur elle-même.

Cette opinion est confirmée par le fait suivant : Quand nous ordonnons au malade de contracter fortement ses paupières, il n'arrive pas à recouvrir la tumeur avec ses voiles palpébraux. La partie au niveau de laquelle la peau n'a pas l'aspect muqueux reste donc exposée à l'air. Il est à croire, que c'est cette muqueuse qui ne pouvant être lubrifiée par la conjonctive palpébrale, cause la gêne dont parle le malade.

Nous portons le diagnostic de kyste sous-conjonctival dont nous proposons l'ablation.

L'intervention fut des plus simples. Saisissant la petite tumeur entre les deux mors d'une pince, nous la circonscrivons par une incision périphérique, puis nous la détachons du tissu épiscléral, ce fut très facile. Le reste de l'opération fut des plus simples : la conjonctive fut affrontée par trois points de suture au catgut et le malade fut renvoyé chez lui. Trois jours après, le Dr Pytany constatait que les catguts étaient tombés et que la cicatrisation s'était effectuée.

Examen anatomo-pathologique par M. P. Carra.

Examen macroscopique. — Petite tumeur ovoïde mesurant 7 millimètres sur 5 millimètres. Elle était rénitente, remplie de liquide transparent qui s'est épanché en dehors après incision médiane.

Examen microscopique. — Après durcissement dans l'alcool, inclusion à la celloïdine et double coloration (carmin aluné et picrocarmin, hématoxyline et éosine).

Dans le substratum conjonctival se trouve la cavité kystique, limitée par une atmosphère de tissu conjonctival adulte à fibres parallèles et circulaires, servant de chorion à deux ou plusieurs assises de cellules épithélioïdes.

La première rangée de cellules directement appliquée sur le chorion est formée de petites cellules très nombreuses, cubiques, à gros noyau central sphéroïde; l'autre de cellules plus longues que larges, en forme de bâtonnet ou cylindre, à noyau volumineux et ovoïde, à aspect pâle et prenant mal les couleurs d'aniline. Dans toute la partie comprise entre le chorion et le revêtement conjonctival, on remarque des vaisseaux (artères et veines) en grand nombre, tous dilatés, gorgés d'hématies. Entre ces vaisseaux, de nombreux éléments lymphatiques et embryoplastiques dénotant par place de l'irritation ou inflammation. A la périphérie et dans divers endroits de la coupe, le revêtement conjonctival est plus épais, plus dense, formant au besoin des sortes de digitations, pénétrant dans le parenchyme conjonctival. Il doit coïncider avec la région la plus externe, c'est-à-dire la plus exposée à l'action irritante des agents extérieurs.

Dans d'autres endroits de la coupe, on voit encore d'autres espaces vacuolaires rappelant la même constitution histologique de la tumeur principale.

Observation X

Dr Aubaret, juin 1902.

M. Aubaret, au nom du professeur Badal, présente un malade de la clinique ophtalmologique de la Faculté porteur d'une tumeur kystique de l'extrémité externe du cul-de-sac conjonctival supérieur. C'est

un homme âgé de trente-deux ans, qui, il y a sept mois environ, a reçu un traumatisme de la région. Depuis trois mois, cette formation kystique s'est lentement développée, atteignant en ce moment le volume d'une fève. L'aspect de ce kyste est régulier, il comble la totalité du cul-de-sac au niveau de sa portion externe et soulève notablement la région correspondante de la paupière supérieure. Le siège exact est plutôt dans le tissu même de la paupière, au point où se trouvent situées les glandes palpébrales. C'est au cours de son développement qu'il a fait irruption dans le cul-de-sac. Il ne paraît pas d'ailleurs avoir de connexion avec la glande orbitaire, car on délimite nettement à sa partie supérieure un sillon de séparation en avant du rebord orbitaire.

En soulevant légèrement la paupière, il fait une forte saillie immédiatement en dehors de la commissure externe et soulève la conjonctive angulaire externe, qui est légèrement hyperhémiée à son niveau.

Le palper permet de délimiter les contours de la tumeur, dont la surface est lisse et la mobilité peu accentuée. On sent facilement la fluctuation, car une légère pression sur la paupière la fait saillir dans l'angle externe et augmente la tension du liquide qu'elle contient. La diaphanoscopie dénote une translucidité parfaite. Il n'existe pas de point opacifié, ni d'irrégularité à sa surface. La paroi paraît uniforme et lisse.

Une ponction a été pratiquée et a permis de recueillir environ 1 cc. d'un liquide blanchâtre renfermant des grumeaux lactescents. Ce liquide, examiné par M. le Dr Sabrazès, a fourni un dépôt jaune clair, abondant, par centrifugation. Le dépôt contient de nombreux corpuscules graisseux, soit libres, soit groupés en amas muriformes, de leucocytes polynucléés granulo-graisseux, de rares cristaux de cholestérine, des aiguilles d'acides gras, quelques globules rouges. Il ne contient ni crochets d'hydatide, ni de cysticerque, ni des microbes. L'examen des cellules a permis d'établir le rapport suivant :

Polynucléés neutrophiles	85	p. 100
Lymphocytes.	5	»
Grandes cellules cubiques ou ovalaires.	7,40	»

Beaucoup de cellules sont altérées au point d'être méconnaissa-

bles. Le liquide ne contient pas de mucine. Au point de vue histologique, il s'agit d'un kyste par régression, soit dermoïde, soit séreux, soit glandulaire. Etant donné le siège particulier de ce kyste au milieu d'une zone conjonctivale riche en glandes lacrymales, il y a toute probabilité pour qu'il se soit formé aux dépens de l'une d'elles.

Observation XI

Ackermann, 1905.

Après avoir passé en revue les différentes espèces de kystes que l'on rencontre dans la conjonctive, l'auteur décrit un cas où il y avait toute une série de perles kystiques dans les culs-de-sac inférieurs.

Ces kystes provenaient des glandes de Krause, dont le conduit excréteur se serait oblitéré à la suite d'une inflammation chronique de la muqueuse.

Observation XII

Oatman 1904.

Le malade dont il s'agit est un garçon âgé de 17 ans, son peu d'intelligence m'a empêché de bien connaître l'histoire de sa maladie. Il avait remarqué, trois ans auparavant, une petite grosseur à son œil droit. Sur la conjonctive oculaire, à égale distance de la cornée et du grand angle de l'œil, se trouvait une petite tumeur, lisse, à demi-transparente, de couleur rouge-jaunâtre. Elle avait une forme ovale; le diamètre vertical mesurait 5 millimètres, le diamètre horizontal 10 millimètres. La tumeur était incluse dans la conjonctive et très facilement mobilisable sur la sclérotique ; sa présence sur le globe oculaire était indolore et n'était accompagnée d'aucune réaction inflammatoire. Le professeur Peck excisa facilement la tumeur au moyen d'un couteau de Graefe. Au moment de l'incision, il s'écoula un liquide jaunâtre, la tumeur s'affaissa. Les suites opératoires furent bonnes, la plaie cicatrisa rapidement et on n'observa pas de récidives.

Examen microscopique. — Quand on reçut la pièce au laboratoire, elle mesurait environ 3 × 5 millimètres. Fixation au formol, inclu-

sion dans la paraffine. Les coupes furent colorées à l'hématoxyline, à l'éosine, au carmin et d'après la méthode van Giesen.

Au miscrocope, on voit qu'il s'agit d'un kyste multiloculaire dont les cavités sont de volumes très différents. Le kyste le plus grand occupait le centre, il était affaissé (c'était probablement celui qui contenait le liquide qui s'était écoulé pendant l'opération). La surface externe de la tumeur était recouverte d'un épithélium conjonctival proliférant. Les coupes montrent que la prolifération des cellules se faisait de la périphérie vers le centre sous la forme de tubes épithéliaux pleins. Les cavités kystiques semblent donc être le résultat de la dégénérescence mucoïde des cellules épithéliales occupant le centre des tubes épithéliaux invaginés. Les cellules de la périphérie des tubes non dégénérées formaient les parois du kyste. Ces parois n'avaient pas de membrane basale. Ces tubes invaginés et les kystes néoformés étaient entourés de cellules rondes et de fibrilles de nature conjonctive. Le tissu conjonctif avait une tendance à envelopper complètement les tubes invaginés et les kystes pour les isoler de l'assise épithéliale dont ils tiraient leur origine. C'est ainsi que tous les kystes une fois formés étaient séparés les uns des autres par une bande de tissu conjonctif. A partir de ce moment l'intervention du tissu conjonctif diminue d'importance, il cesse de proliférer et finit par disparaître complètement. C'est ce qui résulte de l'examen des kystes les plus vieux qui sont séparés seulement par une couche de cellules épithéliales. La disparition précoce du tissu conjonctif peut s'impliquer par l'absence de vaisseaux sanguins dans la tumeur et par la compression que les kystes en se développant exercent les uns sur les autres.

Observation XIII

Rig. Possek, 1904.

L'auteur a observé trois cas :

1° Le premier concerne un kyste de la conjonctive bulbaire, lequel n'était en réalité qu'un repli de la muqueuse avec de nombreuses invaginations rappelant l'aspect de certains kystes de l'ovaire. Ce cas analogue à celui de Rogman peut s'expliquer par l'hypothèse de ce

dernier auteur qui admet un plissement de la conjonctive avec développement ultérieur de la partie repliée ;

2° Le second cas est celui d'un kyste apparu près du limbe cornéen après l'excision d'un staphylome. On peut admettre que la suture en bourse de la conjonctive a été la cause première de la formation de ce kyste ;

3° Le troisième kyste, qui siégeait au niveau du cul-de-sac supérieur, provenait d'une glande de Krause dont l'orifice s'était oblitéré lors de la cicatrisation d'un petit abcès localisé dans cette glande ou son voisinage.

Observation XIV (inédite).

Drs Cabannes et Lafon.

Kyste glandulaire de la conjonctive.

Mlle D.... H..., âgée de 13 ans, habitant Bordeaux, vient nous consulter en janvier 1907 pour son œil gauche. Il y a à peu près un an, les parents de cette malade s'aperçurent que la paupière supérieure gauche était un peu tombante, donnant ainsi à l'œil gauche une apparence plus fermée qu'à l'œil droit.

Ils remarquèrent aussi que lorsque l'œil gauche était fermé, le sillon orbito-palpébral supérieur était comme soulevé, en particulier vers la partie supéro-interne. La chute de la paupière et la saillie du sillon orbito-palpébral s'accentuèrent lentement.

Il n'était survenu, durant l'évolution de ces divers phénomènes, ni douleur, ni sécrétion conjonctivale, ni photophobie, ni larmoiement. De plus, cette affection s'était montrée sans cause connue.

A l'examen pratiqué en janvier 1907, on est frappé par la chute assez marquée de la paupière supérieure gauche, et lorsque la malade ferme son œil, ou qu'elle regarde en bas, on constate que le repli orbito-palpébral supérieur est comme soulevé et rembourré par une tuméfaction allongée transversalement suivant sa longueur, plus saillante vers l'angle interne que vers la partie externe. Il n'y a pas de modification des téguments de la paupière (pas d'hyperhémie) au-dessus de cette lésion. C'est surtout en retournant la paupière supé-

rieure qu'on s'en rend bien compte. Le cul-de-sac supérieur est occupé dans sa totalité par une tumeur kystique, étendue suivant sa longueur.

Le cul-de-sac est complètement rempli par ce kyste, en tel point qu'il n'existe plus et que l'on ne voit de la partie interne à la partie externe que la saillie kystique. On dirait que l'on a introduit dans le cul-de-sac une vésicule pleine de liquide transparent, ovoïde, du volume d'une amande et qu'on l'y a poussée, suivant la grande longueur du cul-de-sac, comme pour le combler. Cette cavité kystique, dont le liquide est clair, et qui fait saillie du côté de la conjonctive, a comme face profonde la profondeur du cul-de-sac, et superficiellement sa paroi antéro-inférieure vient se fixer sur la conjonctive de la partie supérieure du cartilage tarse et se perd en dedans et en dehors dans les angles interne et externe. Il existe d'ailleurs en dedans un peu de symblépharon qui empêche de bien distinguer les limites de l'extrémité interne. En arrière, la limite de l'insertion de cette paroi se fait dans la partie profonde et postérieure de la conjonctive bulbaire. La hauteur moyenne de cette cavité est environ de 6 millimètres. Cette tuméfaction est nettement fluctuante : pas d'hypertrophie ganglionnaire correspondante.

L'enfant est opérée le 11 janvier par le Dr Cabannes, le kyste est ponctionné avec la pipette Pasteur. La quantité totale de ce liquide transparent peut être évaluée à 2 cc. environ. On fait la résection des parois du kyste que l'on trouve cloisonnées avec un diverticule dans la région de l'angle interne. Le cloisonnement est surtout apparent dans la profondeur du cul-de-sac. La face interne de ce kyste est absolument lisse, comme lavée.

Examen anatomo-pathologique. — Le liquide obtenu par ponction et les parois du kyste furent portés au laboratoire, où M. le professeur Sabrazès a bien voulu les examiner.

On trouve dans le liquide d'énormes cellules alvéolaires pouvant avoir un noyau vésiculeux ou en karyokinèse; ce sont de véritables macrophages, renfermant des débris nucléaires ou des fragments de globules rouges. On voit aussi des cellules polyédriques soudées, ressemblant à des cellules de séreuse; des leucocytes polynucléés, dont le noyau est souvent picnotique ou ratatiné, des lymphocytes, des noyaux libres, provenant des grandes cellules alvéolaires et enfin

quelques très rares globules rouges. Voici les rapports de ces cellules entre elles :

Cellules alvéolaires	30,43	p. 100
Cellules polyédriques	18,84	»
Leucocytes polynucléés.	28,98	»
Lymphocytes.	10,14	»
Noyaux libres	11,59	»

On ne trouve pas de microbes dans les frottis.

Les parois du kyste ont été fixées au formol à 10 p. 100. Elles ont une épaisseur très variable; extérieurement, elles sont tapissées par l'épithélium conjonctival, qui est devenu pavimenteux stratifié. A la base de la tumeur, on trouve des lobules de la glande acineuse de Krause, qui ont de grandes dimensions; certains mesurent jusqu'à $2^{mm}07$ de long sur $1^{mm}30$ de large; les acini ont conservé leur structure normale, qui est celle des glandes lacrymales. Au centre de la tumeur, on trouve des cavités kystiques de dimensions très variables, avec déchets épithéliaux, et du mucus concrété au centre des cavités. Ces kystes sont très irréguliers, contournés, anfractueux, rappelant les glandes du col utérin dans l'érosion simple. L'épithélium de revêtement de ces cavités est très polymorphe, cylindrique, cubique, polyédrique; en outre, il est discontinu et, aux points où il manque, le tissu conjonctif ambiant affleure la paroi. Il s'agit là de dilatations kystiques des conduits excréteurs des glandes de Krause.

Les parois, très vasculaires, contiennent de grands capillaires gorgés de sang; en outre, le tissu lymphoïde est très abondant et disposé en îlots. Dans le tissu cellulaire sous-jacent aux cavités kystiques et autour de certains vaisseaux sanguins, on trouve beaucoup de cellules plasmatiques uni ou binucléés et de mastzellen.

Il s'agit, en somme, d'un kyste glandulaire développé aux dépens des canaux excréteurs des glandes acineuses de Krause.

KYSTES PAR INCLUSION DE LA CONJONCTIVE

I. Anatomie.

« La conjonctive se compose, comme toutes les muqueuses, de » deux couches : une couche profonde, le chorion ou derme ; une » couche superficielle ou couche épithéliale.

» *Derme.* — Le derme de la conjonctive est hérissé de papilles » qui donnent à sa surface libre un aspect velouté. Ces papilles » sont toujours plus développées sur la conjonctive palpébrale » que sur la conjonctive bulbaire. Sur cette dernière, elles dimi- » nuent en nombre et en volume au fur et à mesure qu'on se » rapproche de la cornée.

» Au point de vue de sa constitution histologique, le derme » conjonctival se compose d'un stroma conjonctif dans les » mailles duquel se trouvent des amas de cellules lymphatiques.

» *Couche épithéliale.* — L'épithélium de la conjonctive varie » dans sa constitution anatomique suivant les régions que l'on » considère.

» *a*) Sur les portions de la conjonctive qui sont en rapport » avec le tarse, cet épithélium se compose de deux couches : » l'une superficielle, formée par une seule rangée de cellules » cylindriques ; l'autre profonde, formée également par une » seule rangée, rarement par deux, de cellules plus petites et » plus ou moins aplaties. Les cellules cylindriques ont de 10 à » 25 μ de longueur. Leur surface libre présente une espèce de » disque ou plateau cuticulaire qui se distingue nettement du

» reste du corps cellulaire, en ce qu'il est moins granuleux et » qu'il réfracte plus fortement la lumière. Ces disques se réu- » nissent latéralement avec ceux des cellules voisines et, par leur » ensemble, simulent assez bien une membrane limitante hya- » line.

» Quelques histologistes rejettent l'existence des cellules » cylindriques à la surface libre de la conjonctive et décrivent, » à leur lieu et place, un épithélium pavimenteux. Les coupes » transversales, pratiquées et figurées par Ciaccio et par Reich, » ne laissent pourtant aucun doute à cet égard : elles nous mon- » trent une couche continue de belles cellules cylindriques. » Tartufferi, à son tour, qui a soigneusement étudié cet épithé- » lium sur la portion tarsienne de trente conjonctives normales, » a constamment rencontré une couche de cellules cylindriques » et il pense que les auteurs qui décrivent encore un épithélium » pavimenteux n'ont examiné que des conjonctives altérées » ayant perdu leurs cellules superficielles et mettant alors sous » les yeux de l'observateur les cellules de la couche profonde.

» On a signalé dans la couche épithéliale superficielle l'exis- » tence d'un certain nombre de cellules ayant subi la dégénéres- » cence muqueuse et rappelant par leur aspect les cellules » caliciformes de la muqueuse intestinale. Ces cellules s'obser- » vent principalement sur les yeux des vieillards ou sur ceux qui » sont affectés d'un catarrhe chronique et ne sont peut-être que » des productions pathologiques.

» *b*) Sur la conjonctive du cul-de-sac et même sur la portion » externe de la conjonctive bulbaire, nous retrouvons encore la » couche des cellules cylindriques, avec les mêmes caractères. » Quant à la couche épithéliale profonde, elle est plus épaisse » et comprend maintenant deux ou trois assises de cellules » arrondies ou rendues polyédriques par pressions réciproques.

» *c*) Dans le voisinage du limbe conjonctival, l'épithélioma » revêt peu à peu les caractères de l'épithélioma pavimenteux » stratifié, que nous avons décrit sur la face antérieure de la » cornée.

» *d*) De même, dans le voisinage du bord libre des paupières,

» il subit des modifications de même nature, qui le rattachent » par gradation insensible au tégument externe.

» La couche épithéliale de la conjonctive est séparée du cho- » rion, ici comme dans toutes les muqueuses, par une mince » couche hyaline ou membraneuse basale, qui se continue » directement, au niveau du limbe, avec la lame élastique antérieure de la cornée » (Testut, *Anatomie descriptive*).

II. Description.

On peut dire que le nombre des cas de kystes par inclusion de l'épithélium de revêtement de la conjonctive est extrêmement rare. Les observations vraiment démonstratives, c'est à-dire dans lesquelles la notion du traumatisme et l'examen microscopique sont évidents, sont au nombre de quatre : deux cas de Uhthoff (1879), un cas du docteur Ch. Lafon (1905), un quatrième du docteur Cabannes (1907). Les observations de Sichel (1886), Hache (1881), Baudry (1882) et de quelques autres, trop incomplètes pour que nous les signalions, manquent d'examen anatomique. Le cas de MM. Carra et Valois, dans lequel la notion du traumatisme est incriminée mais non démontrée, nous paraît être plutôt un kyste glandulaire qu'un kyste épidermique.

Le sexe et l'âge importent peu.

On retrouve à l'origine de ces kystes des plaies accidentelles ou opératoires. Dans le premier cas, des cils arrachés du rebord palpébral ont été enchâssés dans la conjonctive (2 cas Uhthoff); dans les autres cas, c'est à la suite d'opérations pratiquées sur la conjonctive, en particulier les opérations de strabisme, ténotomie (Cabannes), ou avancement (Uhthoff), que se montrent les kystes par inclusion.

L'apparition des kystes a lieu entre deux et cinq semaines, d'après Uhthoff; deux mois, d'après Sichel; trois mois, d'après Baudry après le traumatisme ou l'acte opératoire. Suivant le point traumatisé ou blessé de la conjonctive, le kyste se montre

en dedans ou en dehors du limbe cornéen, à une distance qui varie entre 4, 5, 10 millimètres de ce dernier. La grosseur varie depuis le volume d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'un grain de blé (Lafon), d'un pois (Cabannes), d'un haricot (Uhthoff). Il peut être sphérique ou allongé ou piriforme. La conjonctive peut adhérer à la surface du kyste ou être mobile au-dessus de lui ; de même le kyste est ordinairement libre sur la sclérotique. Ces kystes ont un contenu généralement transparent. Dans un cas d'Uhthoff, on pouvait voir cinq cils dans l'intérieur du kyste. L'extirpation complète de ces kystes est assez aisée. Il n'a pas été fait d'examen du liquide.

L'examen anatomique de la paroi donne, dans les quatre cas, des résultats presque superposables. La paroi du kyste est fibreuse et conjonctive, quelquefois sans stratification ni noyaux. L'épithélium de revêtement est un épithélium pavimenteux, à une seule assise, quelquefois à deux ou trois; dans le cas d'Uhthoff, cet épithélium formait cinq ou six assises cellulaires dans les points où les cils étaient adhérents à la paroi. Cet épithélium pavimenteux rappelle absolument dans les cas cités (Uhthoff, Lafon, Cabannes), l'épithélium de revêtement de la conjonctive.

La pathogénie de ces kystes épidermiques est tout à fait banale, elle rappelle ce qui se passe dans les inclusions épidermiques de la peau, des muqueuses, en particulier la langue, le plancher buccal ou encore la formation des kystes perlés de l'iris.

A la faveur d'une plaie pénétrante, un fragment de l'épithélium de revêtement est inclus dans l'épaisseur de la conjonctive, il se fait une greffe dont les cellules subissent, par la suite, une évolution kystique bien connue. Les cellules de la paroi conservent dans ces cas leur type originel.

III. Observations.

Observation I

Sichel, 1846.

Sichel retrace l'histoire d'un jeune soldat qui, en tombant sur l'épaulette de son camarade, produisit un traumatisme de l'œil, à la suite duquel un kyste se développa deux mois après.

Observation II

Hache, 1881.

Hache nous donne la relation d'un kyste mesurant 1 millimètre de largeur sur 2 millimètres de longueur et occupant la partie moyenne de la conjonctive bulbaire, entre l'angle externe et les bords de la cornée, et il discute la pathogénie de cette tumeur :

« Après avoir éliminé, dit-il, l'origine glanduleuse, improbable *à priori* à cause de l'absence de glandes dans la portion bulbaire de la conjonctive, et à laquelle l'aspect du revêtement du kyste ne permet pas de nous arrêter, il reste deux hypothèses possibles : 1° l'existence d'une dilatation lymphatique ; 2° l'existence d'un épanchement séreux dans le tissu cellulaire sous-conjonctival. Nous n'osons pas nous arrêter à l'idée d'une dilatation lymphatique, à cause de la rareté des dilatations de ce volume et parce que, jusqu'ici, nul auteur n'en a signalé dans cette région ; mais surtout parce que le revêtement du kyste ne présente pas une délimitation nette entre les cellules et que celles-ci ne sont pas rangées en séries assez régulières pour qu'on puisse affirmer l'existence d'un endothélium continu.

» Nous croyons donc, en somme, à la production, dans le tissu cellulaire sous-conjonctival (sous l'influence d'une cause indéterminée, probablement traumatique), d'un petit épanchement de sérosité qui aurait refoulé excentriquement le tissu cellulaire voisin ».

Observation III

Baudry, 1882.

M. R... (de Roubaix) est adressé à M. le Dr Baudry pour une tumeur de la conjonctive gauche.

M. R... dit avoir reçu dans l'œil, il y a sept mois, une particule de soufre enflammé; la réaction, insignifiante, est combattue par des compresses d'eau froide; c'est seulement trois mois plus tard que parut une petite vésicule qui augmenta peu à peu, sans devenir douloureuse. Aujourd'hui, elle est un peu gênante et M. R..., très tourmenté, vient me consulter.

Observation IV

Uhthoff, 1879.

La femme S.-F. de Berlin, âgée de 20 ans, fut opérée le 18 octobre 1877, par M. le professeur Schœler pour un strabisme convergent d'un degré élevé à l'œil droit. On pratique un avancement du droit externe avec excision simultanée d'un lambeau de conjonctive sur la lèvre externe de la plaie et l'on fit ensuite la ténotomie du droit interne du même œil. La réaction opératoire fut légère; cependant, l'extrémité du muscle avancé proémine en forme de bosse d'une façon singulière, recouvert par la conjonctive encore rouge.

Après cinq semaines, le patient remarquait, après que l'injection de la conjonctive eut à peu près disparu, une élevure vésiculaire, limpide comme de l'eau, de 3-4 millimètres de hauteur, située au niveau du muscle droit externe avancé et éloigné de 4 millimètres environ du bord externe du limbe cornéen. La conjonctive recouvrant le kyste ne présente aucune altération. Le kyste fut ponctionné et on retira un contenu absolument séreux, clair comme de l'eau. Bientôt, cependant, le liquide se rassembla de nouveau. Alors on passa à travers le kyste un fil de catgut et on le serra également sans résultat. Le kyste avait grossi pendant cinq autres semaines, au point d'atteindre une fois et demi environ le volume qu'il avait auparavant. On décida alors, janvier 1870, une excision soigneuse du kyste. Le

malade fut chloroformé. En préparant le terrain, on reconnut que la vésicule était presque en contact avec la sclérotique et recouverte dans son tiers supérieur par le tendon du droit externe avancé.

Le contenu était clair et purement séreux.

L'examen anatomique de la paroi montre qn'elle est constituée par un tissu conjonctif assez compact et fibreux ; ce tissu conjonctif ne présente ni arrangement particulièrement régulier, ni stratification. La surface intérieure du kyste est tapissée par un épithélium pavimenteux régulier, à cellules nucléées d'une seule couche. On ne put trouver ni dans la paroi, ni dans le contenu du kyste, rien qui pût être pris pour un corps étranger comme un cil coupé, etc.

Du reste, l'excision du kyste eut de bonnes suites, l'irritation disparut, le kyste ne se reforma pas et la position de l'œil ne fut modifiée en aucune manière.

Observation V

Uhthoff (1879).

Le 21 juin 1878 se présentait un marin, K. W..., âgé de 15 ans, avec un kyste de la conjonctive bulbaire de l'œil gauche. Six semaines auparavant, le patient avait été heurté à l'œil gauche par une corde qui lui occasionna une plaie pénétrante longue d'environ un centimètre, à la paupière supérieure. Cette plaie entama le bord ciliaire et une partie du cartilage tarse. On voit maintenant la cicatrice fraîche et on remarque, au bord de la paupière, sur le côté de la muqueuse, deux cils qui, ayant été arrachés, sont logés dans la plaie. Environ huit jours après la blessure, le patient se crut complètement guéri. Cinq semaines après l'accident, sa mère lui fit remarquer qu'une vésicule s'était formée sur le « blanc de son œil ». Il vint alors à la clinique. La vue n'avait jamais été atteinte, l'acuité visuelle était normale, rien à signaler à l'examen ophtalmoscopique.

Environ un centimètre au dehors du limbe cornéen se trouve un kyste ayant presque la grosseur d'un haricot, situé dans le tissu sous-conjonctival du bulbe. La conjonctive n'est pas mobile sur la

paroi du kyste mais lui adhère solidement. Le contenu du kyste est séreux et transparent et on voit à l'éclairage focal trois cils implantés dans sa paroi. On décide l'excision du kyste. Les couches superficielles de la conjonctive furent séparées par dissection de la paroi kystique antérieure, le kyste fut ensuite saisi avec des pinces et décortiqué, sans que le contenu s'écoulât. La paroi postérieure du kyste adhérait fortement à la sclérotique.

Après son extirpation, le kyste avait un aspect piriforme : il mesurait huit à neuf millimètres de long et quatre à cinq millimètres de large et de profondeur. Au total, cinq cils se trouvaient implantés dans sa paroi : trois très légèrement et tombèrent pendant les différentes manipulations ; les deux autres étaient solidement fixés : l'un était implanté de toute sa longueur dans la paroi, tandis que l'autre n'y était qu'à moitié enfoncé, mais faisait saillie en partie. Il était dans le kyste comme la queue à une poire. A l'examen macroscopique on voyait, correspondant à l'insertion de ce cil, au niveau de la surface intérieure de la paroi kystique, une saillie blanche opaque, de la grosseur d'une tête d'épingle, tandis que tout le reste de la surface intérieure de la paroi kystique paraît absolument plat.

A l'examen anatomique, la paroi kystique se montre composée de tissu conjonctif fibreux, contenant des noyaux, cependant sans stratification particulière, ni ordonnance caractéristique. La face interne du kyste était tapissée d'un épithélium pavimenteux à une seule assise, avec des cellules à noyaux. Au sommet du kyste, là où était le kyste mentionné ci-dessus, et auquel correspondait macroscopiquement la petite élevure blanche opaque, se trouvait un épaississement de la paroi cystique et une multiplication de l'épithélium, à tel point que celui-ci était constitué par cinq ou six couches superposées à ce niveau. Je n'ai pas pu conserver, sur les coupes faites à ce niveau, le cil dans sa position.

Observation VI

Ch. Lafon, 1906, service de M. le professeur Badal.

Le malade, âgé de 22 ans, fut hospitalisé au mois de novembre 1904, pour une ophtalmie purulente, blennorrhagie des plus graves de l'œil

droit. La suppuration était des plus abondantes, l'œdème palpébral, le chémosis étaient très accentués. Malgré les soins prodigués, malgré les lavages au permanganate, l'inflammation semblait redoubler d'intensité. On voyait lentement survenir à la partie inférieure de la cornée un petit ulcère marginal, qui prit d'abord la dimension d'une tête d'épingle, puis d'une lentille. Le Dr Aubaret imagina de pratiquer l'exclusion de la cornée pour la soustraire au contact permanent du pus ; il incisa le bourrelet chémotique péri-cornéen, comme pour une péritomie et il décola légèrement la conjonctive œdématiée, qui vint aussitôt recouvrir la cornée ; au bout d'un certain temps, la suppuration s'arrêta et la conjonctive dégonflée reprit sa position normale ; la cornée était intacte. Après plusieurs incidents, le malade sortit guéri au mois de mars 1905.

Le malade est revenu à la clinique le 9 octobre dernier ; depuis quelque temps, il avait vu se développer une petite tumeur, un peu en dedans de la partie supérieure du limbe droit ; recouverte par la conjonctive qui paraissait normale, la tumeur avait la dimension d'un gros grain de blé ; allongée parallèlement au limbe, elle était dure, transparente et indolore ; elle ne provoquait qu'un peu de gêne dans l'occlusion de la paupière supérieure. Après avoir incisé la muqueuse, qui ne lui adhérait que faiblement, il me fut facile de l'énucléer ; elle ne tenait au tissu épiscléral que par un tissu très lâche ; cette petite tumeur était un kyste contenant un liquide semblable à de l'eau.

L'examen histologique a été pratiqué dans le laboratoire de M. le professeur Sabrazès.

Examen histologique. — La paroi propre de ce kyste est formée par des faisceaux de tissu conjonctif, légèrement onduleux et denses ; l'épaisseur de cette paroi est assez régulière : elle mesure en moyenne 40 μ. Du côté de la cavité kystique, cette paroi conjonctive est le plus souvent à nu ; parfois elle est tapissée par une assise de cellules très aplaties ; enfin, dans quelques points, on voit cette assise se multiplier et devenir une couche d'épithélium pavimenteux stratifié. La cavité du kyste est occupée par une substance grumeleuse, dans laquelle on distingue des débris de cellules épithéliales cornées, plus ou moins dégénérées. Il est évident que toute la paroi interne de ce kyste devait être tapissée par un épithélium pavimenteux stratifié,

qui a subi une forte desquamation. Sur la paroi externe, on voit du tissu conjonctif lâche.

Il est logique d'admettre que la formation de ce kyste a été provoquée par l'opération du Dr Aubaret : un lambeau d'épithélium conjonctival s'est greffé dans le tissu sous-jacent et par son évolution a donné naissance à ce kyste.

Observation VII (inédite).

Cabannes, 1907.

Kyste par inclusion de la conjonctive.

Mlle J..., âgée de vingt-six ans, présente au niveau de la région interne de la conjonctive bulbaire gauche, un peu en avant et au-dessus de l'insertion du muscle droit interne, une petite formation kystique ayant à peu près le volume d'un pois. Ce kyste transparent est sous-conjonctival. La conjonctive est mobile au-dessus de lui mais il adhère profondément à la sclérotique. Il est surtout apparent lorsque la malade regarde en dehors et en bas : il disparaît lorsque l'œil est tourné en dedans. Ce kyste est survenu quelque temps après (la malade ne peut nous renseigner d'une façon précise sur la date exacte de l'apparition), après une opération de ténotomie (du droit interne) pratiquée il y a vingt ans. Le strabisme interne a disparu, l'œil est en position correcte, l'acuité visuelle est cependant restée relativement faible. OG V $< \frac{1}{10}$ OD V $= \frac{1}{2}$.

L'extirpation de ce kyste a été pratiquée avec facilité après incision de la conjonctive, le kyste a été séparé de ses attaches profondes : il adhérait aux fibres les plus antérieures du tendon du droit interne. Le kyste a été conservé dans l'alcool ; le liquide n'a pas pu être examiné.

L'examen des coupes a été fait par M. le professeur agrégé Sabrazès.

Il s'agit d'un kyste qui a la dimension d'une petite lentille. La paroi de ce kyste, légèrement onduleuse, mesure de 30 à 60 μ suivant les points considérés; elle est formée par des faisceaux de fibres

conjonctives, parallèles entre elles, et concentriques à la lumière du kyste. Cette paroi est tapissée par un épithélium pavimenteux stratifié; la desquamation de cet épithélium est douteuse, aussi l'épaisseur de la couche est-elle très variable; elle mesure en moyenne 8 à 10 μ de hauteur, mais elle atteint en certains points jusqu'à 25 μ; par contre, il y a des endroits où elle n'est plus représentée que par une seule assise de cellules plates, souvent l'assise épithéliale a complètement disparu. Ces cellules épithéliales sont petites, parallèles à la paroi; les lamelles cornées sont très petites et se transforment en grumeaux qui tombent dans la cavité kystique.

Autour de la paroi se trouve du tissu conjonctif lâche et quelques faisceaux musculaires; en un point de la coupe, ces faisceaux sont très abondants et forment un véritable muscle coupé transversalement; le tissu musculaire est normal. On trouve de nombreux mastzellen dans le tissu conjonctif lâche péri-kystique, ainsi que dans le tissu interstitiel du muscle.

En somme, il s'agit là d'un kyste épidermique.

DIAGNOSTIC ET CONCLUSIONS

D'après les notions qui précèdent, on voit qu'il sera relativement aisé de différencier ces diverses variétés de kystes par l'examen anatomo-pathologique.

1° Les kystes lymphatiques se reconnaîtront à leur forme allongée, à l'existence d'un endothélium discontinu, à la continuité avec des ectasies lymphatiques voisines qui possèderont, en plus petit, les mêmes caractères anatomiques que ceux des kystes plus gros.

2° Les kystes par inclusion auront une notion traumatique précise, un épithélium pavimenteux stratifié, rappelant exactement l'épithélium de revêtement de la conjonctive.

3° Les kystes glandulaires se reconnaîtront à l'aspect de leurs cellules à plusieurs assises, de préférence cubiques et cylindriques.

L'examen cytologique du liquide, pratiqué surtout par le Dr Cabannes pour les kystes acquis de la conjonctive, pourra, lorsqu'il sera possible de le faire, être d'une grande utilité diagnostique : les kystes lymphatiques contiendront surtout des lymphocytes, les glandulaires des cellules alvéolaires et des leucocytes polynucléés, les kystes par inclusion des débris de cellules pavimenteuses.

Nous ne croyons pas utile d'insister sur la différenciation clinique et anatomique de ces trois variétés de kystes avec le cysticerque sous-conjonctival, relativement fréquent, et l'hydatide sous-conjonctivale qui est une rareté. Ces kystes parasitaires sont en effet bien distincts et nous les avons avec intention laissés de côté dès le début de notre travail.

Vu bon a imprimer :
Le Président de la thèse,
Dr BADAL.

Vu : *le Doyen,*
A. PITRES

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 4 juin 1907.
Le Recteur de l'Académie,
R. THAMIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ARLT. — Die Krankenheiten des Auges, L, p. 169.

Annales d'oculistique, XCIV, CXIII, CXV, CXVI, CXVIII, CXIX, CXX, CXXI, CXXIII, CXXVI, CXVII, CXXX, CXXXII.

Archives d'ophthalmologie, 1901-1905.

Archiv of ophthalmol., 1902-1904.

BALLABAN. — *Arch. f. Augenh.,* Wiesb., 1901.

BAUDRY. — *Bulletin médical du Nord,* 1882.

Bulletin mensuel clinique ophthalmologique de Bordeaux, 1906.

CARRA et VALOIS. — *Bull. Soc. franç. d'opht.,* 1901.

CIRINCIONE. — Die Cystem der Conjonct , 1903.

CLAVELIER. — *Languedoc médical et chirurgical,* 1902.

DELECŒILLERIE. — Kystes séreux de la conjonctive bulbaire et spécialement d'une variété que nous pouvons appeler kystes lymphatiques. Thèse Paris, 1892-1893.

FEHR. — Soc. d'opht. de Berlin, 1901.

ISCHREYT. — *Monatsbl. f. Augenh.,* 1904.

JOCKS. — *Bull. Soc. franç. d'opht.,* 1898.

Journal de médecine de Bordeaux, 1901-1902.

LAGRANGE. — Traité des tumeurs de l'orbite, t. I, 1901.

LAQUEUR. — *Klin. Monats. f. Augenh.,* 1877.

LANGE (O.). — *Monatsbl. f. Augenh.,* 1903.

MAKROCKI. — *Klin. Monats. f. Augenh.,* 1883.

MASSE. — Des tumeurs perlées de l'iris, *Rec. d'ophthalm.,* 1881.

OATMAN. — *Archives of ophthalmology,* 1904.

Panas. — Traité des maladies des yeux, 1894.
Posseck. — *Zeitschrift für Augenheilkunde*, 1904.
Rochon-Duvigneaud. — Thèse Delecœillerie, 1873.
Rogman. — *Belgique médicale*, 1895.
Sgrosso. — Congrès Société italienne d'ophtalm., 1902.
Sichel. — *Journal de chirurgie de Malgaigne*, 1843.
Schon. — Path. anat. des Auges, 1829.
Testut. — Anatomie descriptive.
Uhthoff. — *Berliner Klin. Woch.*, 1879, p. 785.
Zender et Geyner. — Die Verbetrungen des Auges, 1864.

29,885. — Bordeaux, Y. Cadoret, impr., 17, rue Poquelin-Molière.